



Universidad
de Alcalá

Investigación y análisis de imparcialidad de intérpretes en la práctica en los servicios públicos (ámbito sanitario)

Investigation and analysis of the impartiality of interpreters in public services practice (healthcare)

公共服务实践中（医疗卫生领域）口译员公正性的调查和分析

2019-2020

**Máster Universitario en Comunicación Intercultural,
Interpretación y Traducción en los Servicios Públicos**

Presentado por:

D^a Fan Yin

Dirigido por:

Dra. Marta Isabel Sánchez Pérez

Alcalá de Henares, a 1 de septiembre de 2020

Índice

Agradecimiento	4
Resumen	5
1. Introducción	7
2. Marco teórico	9
2.1. Interpretación en los Servicios Públicos, concretamente en el ámbito sanitario.....	9
2.1.1. Breve introducción a la interpretación en los servicios públicos.....	9
2.1.2. Las modalidades comunes de interpretación en el ámbito sanitario.....	10
2.1.3. Partes que participan en la comunicación interlingüística en servicios sanitarios.....	14
2.1.3.1. Diferencia entre intérpretes y mediadores interculturales e intérpretes <i>ad hoc</i>	15
2.1.4. El panorama social de la profesión de interpretación en servicios sanitarios en España.....	17
2.1.4.1. Las competencias requeridas de los intérpretes profesionales.....	17
2.1.4.2. La formación de la interpretación en el ámbito sanitario.....	20
2.1.4.3. La situación laboral de la interpretación sanitaria en España.....	22
2.1.4.4. Interpretación sanitaria en la Comunidad de Madrid: necesidades e implementación de servicios de ISP.....	23
2.2. Código ético de los intérpretes.....	26
2.2.1. La imparcialidad en el código deontológico de diferentes asociaciones de intérpretes médicos.....	31
2.2.1.1. Reflexiones.....	35
3. Parte Práctica	37
3.1. Metodología de la investigación.....	37
3.2. Diseño y estructura de las encuestas.....	38
3.3. Recogida de datos.....	41
3.4. Participantes y limitaciones de las encuestas.....	42
3.5. Análisis de los resultados.....	43
3.5.1. Respuestas de los intérpretes sanitarios.....	43
3.5.2. Respuestas de los proveedores de los servicios sanitarios.....	53
3.5.3. Respuestas de los usuarios de los servicios sanitarios.....	58
4. Conclusión	68
5. Bibliografía	72
6. Anexos	76

Índice de tablas y gráficos

Tabla 1. Clasificación de traducción a la vista.....	11
Tabla 2. Explicaciones de los principios éticos de AUSIT.....	27
Tabla 3. Conductas específicas para intérpretes de AUSIT.....	29
Tabla 4. Las normas de las tres asociaciones sobre el principio de imparcialidad.....	36
Imagen 1. Población extranjera en la comunidad de Madrid. Crecimiento neto interanual. 2008-2019.....	23
Imagen 2. Distribución de población extranjera por continentes.....	24
Imagen 3. Nacionalidades mayoritarias y su porcentaje sobre el total de población extranjera..	24
Imagen 4. Cartel de teletraducción de Servicio Madrileño de Salud.....	25
Gráfico 1. Género de los intérpretes encuestados.....	43
Gráfico 2. La edad de los intérpretes encuestados.....	44
Gráfico 3. País de origen de los intérpretes encuestados.....	44
Gráfico 4. Formación académica de los intérpretes encuestados.....	45
Gráfico 5. Los trabajadores sanitarios con los que los intérpretes trabajan durante la interpretación.....	46
Gráfico 6. Los principios que los intérpretes creen que son los de actuación.....	46
Gráfico 7. Los principios que los intérpretes consideran más importantes.....	47
Gráfico 8. Si tienen influencias los principios en las prácticas reales de los intérpretes sanitarios.....	48
Gráfico 9. La importancia del principio de imparcialidad en opinión de los intérpretes sanitarios.....	49
Gráfico 10. Capacidad de mantener 100% la imparcialidad en la interpretación sanitaria.....	50
Gráfico 11. Opiniones de los proveedores o usuarios del servicio sanitario con respecto a que si el intérprete ha actuado de forma parcial.....	51
Gráfico 12. Situación de reconocimiento de los profesionales sanitarios y los usuarios.....	51
Gráfico 13. Género de los proveedores de servicios sanitarios encuestados.....	54
Gráfico 14. La edad de los proveedores de servicios sanitarios encuestados.....	54
Gráfico 15. La nacionalidad de los pacientes extranjeros que han atendido los proveedores de servicios sanitarios encuestados.....	55
Gráfico 16. Importancia de servicios de intérpretes en opinión de los proveedores de servicios sanitarios.....	56
Gráfico 17. Los principios que los proveedores de servicios sanitarios consideran más importantes.....	56
Gráfico 18. La actuación que deben tomar los intérpretes en opinión de los proveedores de servicios sanitarios.....	57
Gráfico 19. La importancia del principio de imparcialidad en opinión de proveedores de servicios sanitarios.....	58
Gráfico 20. Género de los usuarios de servicios sanitarios encuestados.....	59

Gráfico 21. La edad de los usuarios de servicios sanitarios encuestados.....	59
Gráfico 22. Nivel de español de los usuarios de servicios sanitarios encuestados.....	60
Gráfico 23. Nivel de educación (más alto) de los usuarios de servicios sanitarios encuestados.....	60
Gráfico 24. Periodo de residir en España de los usuarios de servicios sanitarios encuestados...	61
Gráfico 25. Método que han utilizado los usuarios de servicios sanitarios para comunicarse con el personal sanitario.....	62
Gráfico 26. Situación de recibir el servicio de intérpretes sanitarios.....	62
Gráfico 27. Importancia de servicios de intérpretes en opinión de los usuarios de servicios sanitarios.....	63
Gráfico 28. Los principios que los usuarios de servicios sanitarios consideran más importantes.....	63
Gráfico 29. La actuación que deben tomar los intérpretes en opinión de los usuarios de servicios sanitarios.....	65
Gráfico 30. La importancia del principio de imparcialidad en opinión de los usuarios de servicios sanitarios.....	65

Agradecimientos

Me gustaría aprovechar esta oportunidad para agradecer a quienes me han apoyado a lo largo del estudio del Máster Oficial en Comunicación Intercultural, Interpretación y Traducción en los Servicios Públicos.

Gracias a los profesores de este curso, por orientarme a entender mejor cómo debe ser un traductor o intérprete profesional en el ámbito de servicios públicos mediante la formación de calidad.

Además, querría dar miles gracias a mi estimada y querida tutora Doña Marta I. Sánchez Pérez, por su constante ánimo, recomendación, dedicación y ayuda en el transcurso de la escritura del presente trabajo fin de máster y también por su actitud optimista transmitida frente a una situación excepcional causada por la crisis de coronavirus.

Muchas gracias por supuesto a mis amigos y los compañeros de Máster que conozco después de venir a España por cada momento precioso que hemos compartido y por ayudarme en circular los cuestionarios a más personas posibles. Será un gran placer y alegría para mí si volvemos a reencontrarnos algún día en cualquier lugar en el mundo.

También gracias a los que sacan su tiempo en completar el cuestionario para mi trabajo. Aunque no conozco a la mayoría de ellos ni me entero de su nombre, mi gratitud nunca es menos. Sin la colaboración e interés de ellos, no podría conseguir poner fin a mi presente investigación.

Por último, pero no menos importante, tendría que expresar mis agradecimientos infinitos a las personas más importantes en mi vida: mis padres y mi compañero de vida. Les agradecería su apoyo generoso tanto en recursos económicos como en espíritu. Su comprensión, su cariño, así como su amor incondicional, me han dado el coraje para seguir adelante superando todas las dificultades y las noches solas en el extranjero. Me sentiría muy afortunada y feliz de tenerlos siempre a mi lado.

Resumen

Como un país receptor de inmigrantes, hoy en día la sociedad española presenta un carácter multilingüístico y pluriétnico. Viniendo de distintos lugares extranjeros, los nuevos habitantes que desconocen el idioma español encuentran dificultades cuando se comunican con los trabajadores en los servicios públicos. Esta nueva realidad requiere una adaptación por parte del estado a esta heterogeneidad en la que se hace necesaria una nueva profesión: traductores e intérpretes en los servicios públicos, para garantizar un acceso igualitario de todos los ciudadanos a los servicios públicos.

Cada profesión dispone de un código ético para guiar las actitudes y comportamientos de los trabajadores y los traductores e intérpretes en los servicios públicos, también. Entre sus códigos éticos, el principio de imparcialidad es uno de los más complejos que persiguen los intérpretes en el campo de los servicios públicos (Sales, 2014; Jiménez León, 2015), cuyo requisito básico consiste en que el intérprete no pueda posicionarse a favor o en contra de ninguna de las partes durante la interacción. Especialmente en el entorno sanitario, los usuarios de los servicios públicos (principalmente los pacientes) suelen quedar en una situación vulnerable, por lo que creemos que a los intérpretes les resulta difícil que no intervengan en los encuentros si tienen lugar los conflictos que ponen el bienestar e interés de los usuarios en riesgo. En este caso, la hipótesis que proponemos en el presente trabajo es que en las prácticas reales los intérpretes profesionales no siempre son capaces de cumplir plenamente con el principio de imparcialidad que viene recogido en los códigos de conducta.

Los objetivos principales que persigue este trabajo son: uno, saber el grado de implantación de los servicios públicos de intérpretes sanitarios; dos, conocer el grado de conocimiento de los intérpretes de los principios de actuación recogidos en códigos deontológicos en general y del principio de imparcialidad en particular, al mismo tiempo, mostrar los dilemas éticos y las dificultades para permanecer imparciales en su trabajo cotidiano; tres, conocer las opiniones de los proveedores y usuarios de servicios sanitarios tanto sobre la figura de los intérpretes sanitarios como sobre la importancia del principio de imparcialidad.

En presente estudio, primero en la parte teórica, introducimos el panorama general de la interpretación en el ámbito sanitario e investigamos las especificaciones que hacen tres asociaciones estadounidenses especializadas en la interpretación médica (IMIA, CHIA, NCIHC) sobre el principio de imparcialidad. Segundo, en la parte de prácticas procedemos a realizar un estudio de campo basado en encuestas anónimas destinadas a los intérpretes sanitarios, a los proveedores y usuarios de servicios médicos para generar los datos obtenidos con la elaboración de gráficos que pueden confirmar nuestra hipótesis del presente trabajo y conseguir los objetivos expuestos en el párrafo anterior.

Al final, en base a los análisis teóricos y las reflexiones de resultados recogidos en la investigación práctica, redactamos una conclusión en la que validamos nuestra hipótesis inicial de que no todos los intérpretes pueden mantener la imparcialidad en sus prácticas laborales.

En definitiva, esperamos que el presente estudio sirva como referencia a los intérpretes médicos para su trabajo, a su vez atraiga más atención sobre este tema y más preocupación sobre la realidad y el dilema de esta profesión.

Palabras Clave: Interpretación sanitaria, código ético, imparcialidad, dilema

摘要

作为一个移民接受国，如今的西班牙社会呈现出多语言多民族的新面貌，来自不同地区的新居民与公共服务人员进行交流时，会遭受很多失败。这种新现实要求国家适应这种异质性，由此产生了一个新的职业：公共服务笔译和口译员，以确保所有公民平等获得公共服务。

每个职业都有道德准则，以指导工作人员以及公共服务中的笔译和口译人员的态度和行为。公共服务笔译和口译员们也有他们的职业道德准则。而在该道德准则中，公正性是公共服务领域口译中最难遵守的原则之一（Sales, 2014; Jiménez León, 2015），基础的要求是指口译员在对谈话过程中不能支持或反对任何一方。但是在卫生领域，公共服务的使用者（主要是患者）通常是比较弱势的一方，有时口译员可能会有意识或无意识地倾向于该方。因此，在本文中我们提出的假设是，专业的口译人员无法在工作中完全地遵守职业道德中所要求的公正的原则。

本文的目的主要有三个。一是了解医疗口译员公共服务的实施程度。二是展现道德准则对医疗口译员的实际操作的影响，以及他们对公正性的理解，同时展现他们在职业道德上的困境和保持公正的困难。三是要了解医疗卫生服务的提供者和使用者的对卫生口译人员的必要性以及公正原则的重要性的看法。

在本研究中，首先在理论部分中，我们介绍了医疗口译的整体情况，并研究了三个美国医学口译专业协会（IMIA, CHIA, NCIHC）就公正性原则制定的规范。其次，在实践部分中，我们将基于针对医疗口译员、医疗服务提供者和使用者的匿名调查进行实地研究，生成通过制作图表获得的数据，来可以证实我们的假设并实现这项工作的目标。

最后，根据理论分析加上实践调查，我们最终得出结论，不是所有的口译员都能在工作中保持公正性。

简而言之，我们希望本论文能为医疗口译员提供参考，同时引起人们对该话题的更多关注，并更多地了解该职业的现实和困境。

关键字：医疗口译、道德规范、公正性、困境

Introducción

Es sabido que España es un país de inmigrantes, si bien ha pasado un período de frenado de recibir los inmigrantes debido a la crisis económica de 2008, estos años se vuelve a apreciar un aumento en la cantidad de inmigración.¹

Las nuevas poblaciones no solo traen a España sus lenguas y culturas, sino también favorecen la aparición de una nueva profesión: la traducción e interpretación en los servicios públicos (TISP de aquí en adelante), ya que no todas las personas que se asientan en el país tienen un nivel avanzado de español y es inevitable que tengan que comunicarse con los trabajadores de servicios públicos, como, por ejemplo, los médicos, los funcionarios de ayuntamiento, los policías...etc., salvo los procedentes de Hispanoamérica cuya lengua materna es español, por lo que, en principio, no les es necesario recurrir a un servicio de TISP por la existencia de barreras lingüísticas. Sin embargo, la verdad es que incluso cuando se comparte el mismo idioma, la expresión de síntomas o conceptos de salud y enfermedad pueden variar de una cultura a otra (Navaza, Estévez y Serrano, 2009). Y este tipo de choques culturales pueden causar malentendidos entre el personal sanitario y los pacientes extranjeros perjudicando los intereses de ambas partes. En la opinión de Goytisolo y Naïr (2000: 52-53): “las migraciones no son cosas, ni los inmigrantes son mercancías. Son seres humanos con sus aspiraciones y sus necesidades, sus costumbres y rasgos culturales, sus dificultades actuales y su voluntad de futuro.” Por ello, las autoridades de España deben tomar en consideración tanto la influencia traída por los inmigrantes en el ámbito lingüístico y cultural, como la importancia y significación de la TISP, la cual sirve como un puente en la sociedad pluriétnica o multicultural con el fin de hacer posible la comunicación interlingüística e intercultural.

Cada oficio cuenta con un código ético, conocido también como código de conducta, o código deontológico, que describe un conjunto de normas que un colectivo específico de profesionales debe tener en cuenta con el objetivo orientar al profesional en lo referente a su actitud y guiar el ejercicio de su trabajo. En el campo de la TISP, la imparcialidad es un principio de actuación que viene recogido en distintos códigos éticos (AUSIT, 2012; IMIA, 2007; CHIA, 2002), en general exigiendo que los traductores e intérpretes no se posicionen a favor ni en contra de ningún de los interlocutores. Sin embargo, en el ámbito sanitario, los usuarios de los servicios públicos, principalmente los pacientes, suelen quedar en una situación vulnerable dado que son ellos quienes tienen la necesidad de comunicarse con el personal médico, pero no manejan la lengua de país de acogida, así que los intérpretes en ciertas ocasiones tienen que intervenir y mediar, ayudándoles a entenderse mejor. En el presente trabajo, nos centramos en el papel que desempeñan los intérpretes a lo largo de las interacciones que se desarrollan en las instituciones sanitarias de España, con el objeto de comprobar si realmente se mantienen imparciales o si se posicionan a favor de alguna de las partes.

La hipótesis que proponemos en este trabajo consiste en que los profesionales no podrían mantener siempre el principio de imparcialidad al cien por cien en las prácticas reales, puesto que las circunstancias son variadas y los códigos no son capaces de cubrir todas las situaciones inesperadas que pueden darse en este ámbito.

Y los objetivos principales que perseguimos en el presente trabajo son:

En primer lugar, tratamos de conocer el grado de implantación de los servicios públicos de intérpretes sanitarios tanto desde la investigación teórica como desde los resultados de estudio de campo.

¹ Según los últimos datos de Instituto Nacional de Estadística (INE), publicados el 8 de enero de 2020, el número de habitantes residentes en España llegó a 47.10 millones a 1 de julio de 2019, con un saldo migratorio positivo de 209.097 personas, las cuales principalmente proceden de Marruecos, Rumanía, Ecuador, Colombia, Reino Unido, Italia, Venezuela, entre otros países.

En segundo lugar, pretendemos conocer el grado de conocimiento de los intérpretes de los principios de actuación recogidos en códigos deontológicos en general y en particular qué entienden ellos por el principio de imparcialidad. Asimismo, mediante las respuestas y los casos que cuentan los intérpretes en los cuestionarios, queremos mostrar los dilemas éticos y las dificultades para permanecer imparciales en su trabajo cotidiano.

En tercer lugar, a través de las encuestas destinadas a los otros participantes implicados en la interacción, intentamos poner de manifiesto su visión sobre la figura de los intérpretes en el ámbito médico y sus opiniones sobre importancia de la imparcialidad de los intérpretes.

En nuestro estudio, el apartado del marco teórico se divide en dos partes principales: en la primera parte hacemos hincapié en la necesidad de introducir la figura de los intérpretes en el ámbito sanitario y se describen las características de esta profesión desde la definición, las modalidades de interpretación que se utilizan en este ámbito concreto, así como los participantes en las interacciones sanitarias. Al mismo tiempo, se presenta el panorama general de la interpretación en el ámbito sanitario en España. Las competencias requeridas y necesarias, las instituciones educativas que ofrece la formación y preparación profesional y la situación existente del mercado laboral son los aspectos cruciales que merece la pena indagar, dado que en la actualidad la TISP carece de una profesionalización y un reconocimiento adecuado y queda mucho camino por recorrer en este sentido. En la segunda parte teórica, primero exponemos la significación de los códigos éticos para la profesión de intérpretes e introducimos el de AUSIT (*The Australian Institute of Interpreters and Translators*, 2012), dado que Australia es uno de los países pioneros en reconocer la profesión de la TISP y en disponer de un sistema de acreditación incluyendo todas las modalidades de traducción e interpretación, y su código ético está aportado nacionalmente por gobierno y agencias privadas, por ello, estimamos que su código ético puede ser un buen ejemplo para conocer los deberes y obligaciones de todos los traductores e intérpretes. Además, como España aún no cuenta con una organización especializada en interpretación sanitaria, comentaremos las especificaciones sobre la imparcialidad que se establecen en los códigos deontológicos de las tres asociaciones de intérpretes estadounidenses especializadas en este ámbito, IMIA, CHIA, NCIHC.

En lo que concierne a la parte práctica, a causa del estado de alarma por la crisis del coronavirus Covid-19, ha sido imposible realizar un trabajo de campo basado en la observación “in situ” de cómo se desarrollan las interpretaciones mediadas en el ámbito sanitario, así que hemos tenido que reenfoque la metodología que inicialmente habíamos seleccionado para adaptarnos a las circunstancias. Así pues, en vez de acudir personalmente a los centros de salud y hospitales a fin de realizar las encuestas cara a cara y grabar los casos reales en las consultas sanitarias, se ha llevado a cabo el estudio de campo a distancia con la difusión de tres encuestas diferentes realizadas con *Google Formulario*, dirigidas respectivamente a las tres partes que intervienen en la comunicación interlingüística en el entorno sanitario: los intermediarios (los intérpretes sanitarios en concreto), los proveedores de servicios sanitarios (los médicos, enfermeros, trabajadores sociales, el personal administrativo, entre otros) y los usuarios de origen extranjero de los mismos servicios. Puesto que se trata de una investigación cuantitativa y descriptiva, después de recibir las respuestas, analizamos la información y los datos obtenidos con la elaboración de gráficos para mostrar nuestros resultados más directamente, poniendo de manifiesto las características y perfiles de la cuestión de la imparcialidad. Y al final, en base a las reflexiones de nuestros resultados, se elaboran conclusiones.

Sin embargo, dado que la cantidad de los datos de muestra es limitada, solamente llegamos a hacer las conclusiones modestas, esperando a más investigaciones y análisis que confirmen los resultados obtenidos a través de las encuestas y apoyen las conclusiones.

2. Marco teórico

2.1. Interpretación en los Servicios Públicos, concretamente en el ámbito sanitario

在 20 世纪 80 年代，尤其是 90 年代，移民运动的加剧使西班牙认识到似乎有必要在医院（hospitales）和卫生保健中心（centros de salud）寻求新的交流策略。

2.1.1. Breve introducción a la interpretación en los servicios públicos

在研究中，我们发现目前对于“公共服务口译”没有一个统一的、普遍接受的定义，不同的研究者和学者对此有着不同的解释。米克尔森认为这是一项社会服务中的沟通任务，能够使得不说其所在国家或地区官方语言的人们与公共服务提供者进行交流，以促进平等地获得法律、健康、教育、官方和社会服务(Mikkelsen,1996: 126)。万登舍对其定义为在公共服务领域进行的一种口译类型，以便于在警察部门、移民部门、社会福利中心、医疗卫生所、学校和类似机构中的工作人员和非专业人员进行交流沟通(Wandensjö,1998: 33,引用于Jiménez León, 2015)。简而言之，公共服务口译就是为了满足公共服务领域中的不同部门与不掌握该国官方语言的用户之间的理解需求而诞生的。

遵循了这一思路的还有科西里斯（Corsellis），她对公共服务口译的定义更加全面，更为贴合本研究中所分析的口译员形象定义。科西里斯认为，公共服务口译，顾名思义是指在公共服务中针对不讲该国多数语言的用户进行的口译解释。术语“公共服务”实质上是指中央或地方当局向公众提供的服务。这些服务包括法律、医疗和一系列诸如住房、教育、福利和环境健康的社会服务（Corsellis, 2010）。

通过这些定义，我们可以看出，虽然公共服务口译没有一个统一公认的定义，但是研究者们对这一类型的口译所涉及的领域、涉及的人群以及基本内涵是有着相同的认知的。

同时，需要指出强调的是，在查阅文献资料的过程中，我们发现并不是所有的国家都对这一职业有着相同的命名。在澳大利亚、加拿大、美国和新西兰，他们称这种类型的口译为“社区口译”（*Community Interpreting*）。中国沿用了这些国家的叫法，这在苏伟（2009）《社区口译在中国》、林天羽（2013）《社区口译在中国的专业地位、培训与职业道德建设》以及刘建军（2014）《全球视域下的社区口译研究》等文章书籍中得以体现。在欧盟国家，例如英国和西班牙，使用“公共服务口译”（*Public Services Interpreting*）更多，瓦莱罗指出，主要原因是为了避免和欧盟的所有成员国国家语言的笔译和口译活动造成混淆(Valero, 2003c: 4)。此外，除了社区口译（*Community Interpreting*）这一叫法，在其他国家，它还有联络口译（*Liaison Interpreting*）和社会口译（*Social Interpreting*）的命名方式。

尽管没有统一的定义，命名方式在各国也各有不同，但无法否认的是，这一领域的口译在我们的社会中正变得越来越重要。正如西班牙白皮书中（Libro Blanco, 2011: 13）写道的那样，公共机构的许多活动，包括捍卫某些基本人民权利，如果没有笔译或口译专业人员的工作，将是非常困难的，或者是根本不可能的。

在本论文中，我们将其始终称为公共服务口译（*Public Services Interpreting*），西班牙语为 *la Interpretación en los Servicios Públicos*。与此同时，由于我们主要具体地讨论西班牙医疗服务领域中的口译翻译，因此可以理解为口译员在西班牙的公共卫生医疗机构组织，如：保健中心和医院（*los centros de salud y hospitales*），为不懂西班牙语的人群提供口译帮助，使他们能够和医生、护士、社工或健康和医院的行政人员进行沟通，平等地享受医疗服务。他们就像演员一样，可以交替扮演患者和医疗专业人员的角色，从而使双方能够进行交流(Bischoff y Loutan, 2009:18)。

医疗卫生领域中口译的特点是术语密度高，尤其是当涉及到医院人员之间经常使用

的行话，这是更加加剧了口译的困难。此外，大多数口译人员没有接受过医学方面的培训，因此他们不熟悉所用的术语或所治疗的概念，以及所提及的许多疾病的症状以及特征。而且由于医疗口译服务的对象为外国人，他们所患的某些疾病可能是原籍国特有的，在西班牙并不常见；或者他们会用原籍国特有的词汇来描述某种症状，比如：中国人喜欢说“上火”、“受风寒”等词来描述自己的症状。因此，最好的策略似乎是查阅前人翻译的文件，以作为参考。但是，这种方式并非总是可行的，因为在许多情况下，口译员根本无法提前了解每种情况下将要讨论的疾病，从而产生了很多的不确定性。在这种情况下，口译人员必须与医务人员或者与患者澄清产生疑惑的概念，以促进双方之间的沟通。

2.1.2. Las modalidades comunes de interpretación en el ámbito sanitario

根据赫塔多的分类(Hurtado, 2001:75)，可以将口译分为：同声传译（interpretación simultánea）、交替传译(interpretación consecutiva)、双边口译（interpretación bilateral/de enlace）、耳语口译（interpretación susurrada）、总结口译（interpretación resumida）和视译（traducción a la vista）。

医疗服务领域的口译，由于其特殊性，常用的口译的类型主要有：双边口译（interpretación bilateral）、视译（traducción a la vista）、耳语口译（interpretación susurrada），此外，还有需要科技辅助工具的电话口译（interpretación telefónica）和视频口译（video-interpretación）也得到了一定的运用。口译员们要根据所在的场所、环境、参与人员的人数以及其特点来合理地有效地选择口译方式。

在公共服务领域，特别是在医疗卫生领域，最常用的口译方式是双边口译（interpretación bilateral/de enlace）（Corsellis, 2010: 5）。有人将双边口译理解为交替传译(interpretación consecutiva)的一种形式。交替传译，也称为连续传译或即席口译，指译员在听辨源语言的同时，借助已有的知识和笔记，正确地理解和记忆源语言的语篇意义，等讲话人部分或全部发言完成后，即刻用目的语言把讲话人所表示的信息以口头形式迅速传播给听众（康志峰，2012）。而双边口译，顾名思义，就是口译员促进说不同语言的两个对话者或两个小组之间的交流。建立双方对话者之间的交流。举个例子，在医疗咨询中，医生通过口译员与患者进行沟通，口译员需要先将该消息传递给患者。患者根据该信息内容给出相应的回答，再由口译员将此信息反馈的创建者。与此同时，双边口译的译员也可以记笔记，来保障在每个说话者停止讲话后重现消息。除了在公共服务领域，该口译方式也通常用于合作伙伴之间的会议、访谈、商务访问、参观交易会以及谈判等场合，一般参与者的人数是很少的。口译员需要提前了解口译所需的所有必要信息：谁将是参与者，他们之间的关系是什么，会议的目的是什么以及将讨论哪些主题等等。但是在公共服务领域中，口译的需求有的时候是突发的，具有一定的临时性，在此类情况下，口译员无法提前做一些相应的准备。



视觉翻译（traducción a la vista）是指口译员阅读源语言的文本，并同时将其口头地转换为目标语言，以便其听众可以理解文档的内容。虽然它的西班牙语名称给人看上去像是笔译的分支，实际上这却是一种直观并且快速口译方法，目的是向服务的用户阐明所述文本的基本信息。然而根据希门尼斯和赫尔塔多(Jiménez y Hurtado, 2003)，我们发现视觉翻译其实也有多种分类，我们做出了以下表格，分析了特点，看上去会更直观：

西语名称	中文译名	特点
Traducción a ojo / a la primera vista	初见视译	没有看到过所要翻译的内容，无事先准备，看一眼即开始翻译。
Traducción a la vista preparada	预备视译	提前做好准备，对单词和表达做好注解。
Traducción a la vista consecutiva	交替视译	阅读完后开始翻译。总结所看的内容，或者对所阅读的内容做出解释。
Traducción a la vista en interpretación consecutiva	交传视译	发言人大声读完文章内容后，口译员开始视译。发言人可能会增加或减少内容，口译员需要良好的记忆力和句子组织能力。
Simultánea con texto	配稿同传	同声传译和视译的结合。口译员提前拿到了坐在口译间内需要同声传译的稿子，可以做一定的准备。

Tabla 1. Clasificación de traducción a la vista.
Elaboración propia según Jiménez y Hurtado, 2003.

视觉翻译的种类有以上的分类。但在医疗卫生领域中，经常出现的是初见视译

(Traducción a ojo / a la primera vista)。一般需要口译员进行视觉翻译的文件有：知情同意书(*consentimiento informado*)、权利声明书 (*declaración de derechos*)、快速投诉状 (*denuncia rápida*)、医疗处方 (*receta médica*) 住院表格 (*Formulario de ingreso*) 等等。这些文件通常没有时间给口译员事先准备，因此大多数情况是属于初见视译。但是由于这些文件的种类有限，并且内容大多重复，具有一定的相似性，有丰富经验的口译员对于这些文件已经比较熟悉。因此，从一定程度上来说，也属于预备视译 (*Traducción a la vista preparada*)²。

耳语口译 (*interpretación susurrada*) 也是医疗口译领域中可能会用到的一种口译方式。它是一种将一方的讲话内容用耳语的方式轻轻地传译给另一方的口译手段，被认为是同声传译 (*interpretación simultánea*) 的一种变体，不过没有同传译员的隔间。我们知道，同声传译是指在发言人说话的时候，一种译员不间断地口译给听众一种翻译方式。当在医生或患者说了很长的一段话，并且不应该被打断时(例如，在表达强烈的情感时)，口译员可以采用耳语口译的方式。



电话口译 (*interpretación telefónica*)，是不能够被忽视的重要的一种新型口译方式。澳大利亚移民部于 1973 年在悉尼和墨尔本建立了免费的紧急公共电话传译服务 (*Emergency Telephone Interpreting Service*)，以帮助不会讲英语的人士。随着时间的推移，翻译机构不断合并重组改名，在 2002 年该服务最终成为了国家口笔译服务 *Translating and Interpreting Service (TIS National)*，每天 24 小时可提供 150 多种语言和方言的翻译服务。而英国的 *LanguageLine Solutions* 语言服务，于 1990 年成立，也是全年 24 小时全天候服务。不过该机构为私人所有，完全自负盈亏，已将服务扩展到私人客户并在全球范围内开展业务(Abril, 2006: 185)。

在西班牙目前提供电话口译服务的公司主要有安达卢西亚地区的杜阿莉亚 *Dualia* 公司和托雷多的 *Interpret Solutions* 公司。杜阿莉亚 *Dualia* 公司成立于 2003 年。它最初是针对商业领域提供服务的，但创始人很快意识到医疗保健领域也存在巨大空白，目前它的重点是社会卫生领域和公共行政领域的解释 (Pozo Triviño y Campillo Rey, 2016:12)。提供服务的对象有：埃斯特雷马杜拉保健服务、萨尔特德勒伊莱尔·伊勒斯巴利阿斯服务医院、卡斯蒂利亚-拉曼恰保健服务医院、巴斯克健康服务等。杜阿莉亚 *Dualia* 公司每月执行 550 至 650 种口译，并且根据要求，使用最多的语言是阿拉伯语，英语，中文，罗马尼亚语，法语，德语和俄语；但是，前四个涵盖了所需解释的 75%。对于其他语言，例如不太常见的非洲语言，必须至少提前两个小时要求口译员。聘用的口译人员是专业人员，更倾向于选择母语人士，口译员们在开始工作之前会收到服务协议 (Navaza

² 此处指的文件不包括知情同意书(*consentimiento informado*)。尽管知情同意书的形式可能是重复的，但其内容复杂并且涉猎广泛，因此不属于可以预备视译的一种文件类型。

等人，2009)。

而第二个公司 *Interpret Solutions* 成立于 2007 年，和英国的 *LanguageLine Solutions* 公司一样，既有西班牙国内也有国际业务，在私营部门（例如各种公司的客户服务部门）和公共部门（政府、地区组机构）中开展工作。主营电话口译服务，但同时也提供会议、大会、专业协会、医院、外国人访问等到场的交替口译和同声传译服务。此外，它还组织与口译相关的一些培训课程，分别是：电话口译培训课（Curso de interpretación telefónica）、社会服务口译培训课（Curso de interpretación en servicios sociales）、警察口译培训课（Curso de interpretación policial）以及关爱儿童和未成年人总局口译培训课（Curso de interpretación en Dirección General de Atención a la Infancia y la Adolescencia）。与此同时，该公司还和科尔多瓦大学（Universidad de Córdoba）、汉姆一世大学（Universidad Jaume I）、阿尔卡拉·德·埃纳雷斯大学（Universidad de Alcalá de Henares）以及阿利坎特大学（Universidad de Alicante）合作，签订实习协议，为这些学校的学生们提供实习机会。

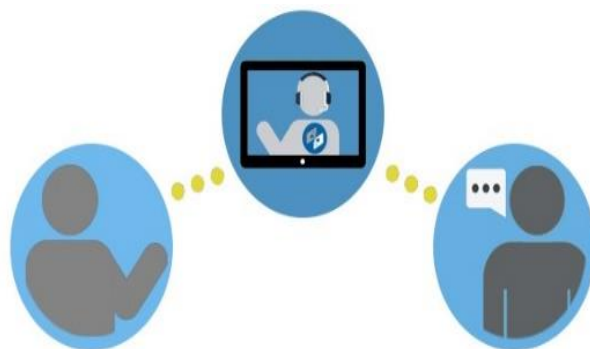
对于这种较为新型的口译方式，加西亚·卢克提示了要认识到这种电话口译的缺点。他认为在电话口译中，口译员处于不利地位，因为他会丢失来自非语言沟通的信息（García Luque 2009: 26-28）。当通过电话进行口译，口译人员无法感知非语言沟通中（如：表情、眼神、肢体语言、空间距离和时间管理等）所包含的信息，从而在一定程度上影响了交流效果。除此以外，由于电话口译是临时的，电话另一方的口译员无法事先做一定的准备，这样不自觉地会增加口译员的紧张情绪，对于口译员来说是一种精神和脑力消耗，不难想象这自然而然地也可能会影响口译的质量。

当然，我们也需要认识到，电话口译虽然不是尽善尽美，但是其优点也是多方面的。首先，它保障了外国人可以和西班牙人一样平等地获得公共医疗卫生服务。由于有了这种新的口译方式，不会说西班牙语的患者现在可以获得更好的医疗帮助，因为医护人员更加准确地了解了患者身体状况，可以准备下一个治疗计划，从而避免因沟通不畅而导致的误诊情况，甚至更为严重的后果。其次，由于电话口译是看不见口译员的，这对保障患者隐私权是非常有利的。虽然在面对面的口译类型（双边、视译、耳语等）中也要要求口译员不泄露谈话内容和相关信息，但由于完全匿名，外国患者在提及一些涉及隐私信息的时候相对而言会感到更加自在。最后，有的电话口译服务为 24 小时，打破了传统口译的时间和地域局限。也正是因为打破了地域局限，节省了口译员从一个地方到另一个地方的交通费用，这也意味着也节约了口译的成本（Navaza 等人，2009）。



除了电话口译，视频口译（video-interpretación）这种也需要科技辅助工具的口译方

式也在西班牙的一些医院中得到一定的运用。这种口译方式在澳大利亚、美国和英国这些公共服务领域口译发达的国家是非常常见并且使用广泛的。视频口译与电话口译的优缺点大部分相似，但是他能避开电话口译中非语言沟通信息的缺失。当工作语言为手语（Lenguaje de señas/signos）时，视频手语翻译是一种非常好的选择。基隆健康集团-吉米内斯·迪亚斯基金会大学医院（El Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz-Grupo Quirónsalud）与国家聋人联合会（Fundación CNSE Confederación Estatal De Personas Sordas）合作，借助应用程序 SVisual 为听力有障碍的人士提供视频翻译服务。该服务可通过视频进行实时联系，并使用手语视频解释器将医疗人员需要传达的内容传达给患者，反之亦然。SVisual 被认作是西班牙的第一个视频口译平台，它的操作非常简单。只需要双击出现在屏幕上的访问图标，就会自动打出电话，接通后翻译将以手语进行回答。毫无疑问，这有助于听力残障人士在平等条件下获得医疗服务。



最后，值得一提的还有已经出现了一些多语言的医疗手机翻译软件，如 *UniversalDoctor Speaker*。这些翻译软件可以用于医护人员和患者之间的沟通，以克服语言交流障碍。以 *UniversalDoctor Speaker* 为例，它的语料库由翻译成多种语言的短语、问题和答案组成，所有的这些元素都具有相应的内置音频。这种软件的使用需要使用者具有一定的语言读写能力，其优势包括全天可用性、保密性和低成本，但无可避免的缺陷是有时候可能找不到想要查询的信息。



2.1.3. Partes que participan en la comunicación interlingüística en servicios sanitarios

考虑哪几方参与了医疗卫生服务中的跨文化交际是有必要的，因为在整个研究过程中，我们有时将使用这些特定的名称来指代他们。那么在医疗跨文化交际中，参与方一般都有哪些呢？主要有三方：医疗卫生服务的提供者(Provedores)、医疗卫生服务的使用者(Usuarios)以及中间人(Intermediarios)。

医疗卫生服务的提供者(Provedores)。这里我们不仅仅是指卫生人员，比如家庭医

生、专科医生、护士等，也指在卫生环境中工作的其他人员，如：护理人员、社工、行政人员以及后勤人员等等。

医疗卫生服务的使用者(Usuarios)。一般来说，医疗卫生服务的使用者是指患者。但是由于患者在就医时（尤其是那些不会说西班牙语的患者），通常会由家人或同伴陪同。虽然他们的家人或同伴并不需要接受治疗，但是在实践中，他们也需要和医疗卫生服务的提供者(Provedores)进行沟通交流。因此在这里，我们把患者的家人和同伴也算做使用者的一部分，但是会在有必要的时候进行区分说明。

实际上，专业口译员(Intérpretes profesionales)，跨文化调解员(mediadores interculturales)和临时口译员(intérpretes *ad hoc*)都可能会成为医疗领域中跨语言交际的中间人(Intermediarios)。文本我们主要集中精力研究专业口译员(Intérpretes profesionales)在工作实践中遇到的公正性的问题，但在接下来的2.1.3.1.部分中，我们也会就三者之间的差别做一个分析和解释。

2.1.3.1. Diferencia entre intérpretes y mediadores interculturales e intérpretes *ad hoc*

关于口译员、跨文化调解员和临时口译员的区别。首先，我们来了解一下什么是调解(mediación)。奥尔特加(Ortega, 1995: 33)认为，调解是一种第三方干预机制，旨在促进直接参与的各方就无法融合的问题达成相互满意的一致意见。在语言调解员的情况下，无法融合的问题着眼于语言理解。而在本文中，我们提到的跨文化调解(mediación intercultural)，是在多种族或多文化背景下的社会调解，是第三方在多元文化主义的社会环境中进行干预的一种方式，旨在有种族文化差异社会个体或机构人员之间，获得他人的认可与各方和解、相互沟通和理解、学习与发展共存、管理冲突和适应体制 (Giménez, 1997:142)。

跨文化调解员(mediador intercultural)必须向移民群体解释西班牙卫生系统的运作、医疗保健卡的功能、限制、权利和义务等相应信息。因此，针对于跨文化调解员的培训是多样且混杂的，不局限于翻译和口译。正如卡斯蒂廖尼、拉格里希和瓦莱罗所指出的那样 (Castiglioni, 1997: 64; Laghrich, 2004; Valero, 2001: 822.引用于Sales, 2005)，调解员不仅仅只是翻译员或口译员，因为翻译只是调解的其中的一个方面，根据要求，需要进行语言培训、翻译/口译培训、跨文化交流培训、所涉不同文化的传统和文化习惯的培训，与公共服务有关的专业领域的培训（医学，教育，法律等）。此外，调解员不仅在医生和患者之间进行调解，而且在与患者家属的沟通工作中也起着至关重要的作用。与患者本人相比，他/她的家庭在进行某些检查时通常会引起更多的问题。比较常见的案例是阿拉伯妇女们在接受妇科检查或者妊娠手术时，她们的丈夫要求由女性医护人员来进行 (Raga Gimeno, 2013)。这时候就需要跨文化调解员来进行调解，让医护人员了解外籍患者的文化与西班牙文化之间的差异，尽量满足患者家属的要求。在实在无法满足的现实情况下，就需要和患者家属，也就是她们的丈夫，进行沟通，达成一个双方都能接受的和解，确保这些阿拉伯妇女们的健康和生命安全。针对医疗卫生领域的跨文化调解员的工作，桑切斯·贝雷斯 (Sánchez Pérez, 2016)曾经提出一系列建议，例如：主动为语言水平有限的患者预约；对于那些语言水平有限且还未完全融入所在国社会的患者，通过电话来提醒他们预约时间及其地点；必要时应该进行干预以澄清患者的文化背景，使医疗人员了解文化差异；当需要弄清楚西医各个方面的时候，那么跨文化调解员也必须求助于医护人员来提供相关的解释等等。

因此，我们可以看出，这种跨文化调解员和口译员的区别在于，在包括西班牙在内

的许多国家中，跨文化的医疗卫生服务调解人员除了承担口译工作外，还有其他任务，在大多数情况下，通常为与敏感，训练或定向有关的活动。还需要指出的是，尽管跨文化调解员不一定需要翻译或口译的学位，但是对于在工作中使用的两种甚至是多种的语言，显然他们也是需要有足够的语言能力的。

就口译员而言，他们的职能似乎受到更多限制，主要集中在为医疗卫生服务的使用者(Usuarios)提供口译服务。但是他们不仅可以在医疗问诊中进行口译，而且还可以在其他情况下进行口译，例如：在促进移民的健康讲座中或在医疗卫生中心的行政部门中。胜任口译员的通常要求是学习翻译和口译专业的本科毕业生，或者是在医学口译领域接受过专门培训的人。他们的行为通常以公共服务中不同口译员协会制定的道德规范为指导，这些准则反映了公平性(imparcialidad)、中立性(neutralidad)、准确性/忠诚(exactitud/fidelidad)、机密性(confidencialidad)和完整性(integridad)等通用要求 (Navaza等人, 2009: 142-143)，在后文中我们会对这些道德准则再进行进一步的说明。

使用专业口译员有很大的优势和优点。根据比绍夫等人的观点，第一点在于，使用专业的口译员能够避免给出糟糕的解释、进行错误的后续治疗、重复不必要的诊治、进行不合理的检查和分析化验以及诊断错误，提高医疗质量。第二，除了避免上述情况外，专业口译人员进行干预的优点还在于能够提高外国患者对治疗的依从性，丰富交流沟通，减少他们的排斥感，创造有益的三角架构的跨文化体验，保障患者被理解，从而使患者能够获得被理解的满足感。最后一点但也非常重要的一点是，专业的口译员们可以使用其他信息来源，降低成本，提高医疗服务提供者的个人和专业满意度，改善移民患者进入医疗系统 (Bischoff *et al.*, 2009: 21)。

然而，正如在纳瓦沙等人 (Navaza *et al.*, 2009)、希门尼斯·莱昂(Jiménez León, 2015)、桑切斯·贝雷斯 (Sánchez Pérez, 2015)等等诸多作者们的文章中所说的那样，现实的情况是，尽管有专业的口译人员，但是还是有很多人会选择临时口译员(intérpretes *ad hoc*)。这些临时口译员可能是患者的亲戚、朋友、同胞、邻居、医疗机构的工作人员或是志愿者。他们会说双语，甚至说的很好，但没有经过任何专业的口译培训。而产生这一现象的原因有很多，一方面可能是由于这些医疗卫生服务的使用者(Usuarios)并不了解有专业医疗口译员的存在，而且有的医院也没有配备专门的医疗翻译，因为这对于行政管理方面是一笔长期的费用开支；另一方面，他们在接受医疗服务时，往往在熟悉的人的陪伴下会更有安全感，感觉更加自然舒服(Requena, 2010: 15-16)。

但是，根据巴斯克斯和哈维尔 (Vásquez y Javier, 引用于Requena, 2010: 15)的观点，这些没有接受过训练的临时口译员们，他们会犯遗漏(omisión)、扩展(ampliación)、压缩(condensación)、替换(sustitución)和变换角色(intercambio de roles)的错误：

- 遗漏(omisión)是指口译员完全或部分删除讲话者发送的消息的过程，造成信息的缺失。
- 扩展(ampliación)是指有增加说话者没有表达的信息的倾向，造成信息不真实。
- 压缩(condensación)就是指简化说话者的信息，造成信息不完整；
- 替换(sustitución)就是指偷换概念，造成信息不准确；
- 角色转换(intercambio de roles)即指，口译员用自己的问题代替了说话者的问题，从而承担了受访者的角色。造成医疗卫生服务的使用者 (usuarios) 无法完全参与谈话，造成角色缺失。

此外，缺乏培训会 导致无法确保这些口译员能够尊重该职业的道德原则，例如：对信息保真（通过省略，添加或亲自解释某些信息），对患者的病情保密（缺乏保密意识），时刻保持公平公正（由于属于患者的同一个家庭或社区，难以疏远情感）等等。这些错误无法保证医疗卫生服务的提供者（*proveedores*）和使用者（*usuarios*）建立有效而可靠的沟通，往往会带来非常严重的医疗、法律和经济后果。根据加利福尼亚大学公共卫生学院成员的一项研究表明，由于使用了临时口译员（家人，朋友甚至未成年人），导致了患者受到了无法弥补的损害（例如：截肢），甚至是死亡（*Quan et al.*，引用于 *Sánchez Pedreño, 2013: 15*）。与此同时，这些未经培训的自愿口译员会减少翻译和口译学生的就业机会，使得本科毕业生几乎没有翻译和口译的余地（*Torres, 2004: 451*）。

还需要值得注意的是，临时口译员们并没有做好并承受情感上的冲击。医生会习惯于委婉地告知患者坏消息，而临时口译员们没有接受过专业的培训，就无法像专业口译人员那样处理此类情况。

在本部分的最后，我们还想说明的是，尽管关于口译员和跨文化调解员区别的争论尚未结束，但正如许多作者所评论（*Requena, 2010: 11-12; Sales, 2005: 8; Sánchez Pérez, 2015: 131-132*）那样，在医疗卫生保健领域，专业口译员和跨文化调解员之间并没有太多的区分。

2.1.4. El panorama social de la interpretación en los servicios sanitarios en España

公共服务领域的口译在瑞典、澳大利亚、加拿大、美国和英国等国家已经全面职业化³。第二次世界大战后，移民和难民大量涌入这些国家，使多元文化成为其社会的特征。在20世纪60年代和70年代，这些国家率先对公共服务中的口译进行了职业认可。欧盟国家的卫生服务中口译员和调解员的人数也越来越多。为了面对向不同文化背景的群体提供医疗保健的挑战，欧洲十二个国家的医院作为试点医院参加了移民友人医院项目（*Hospital Amigo del Inmigrante*）。其中包括安达卢西亚的欧洲之塔医院。这些医院签署了《阿姆斯特丹宣言》，宣布：有必要增加对移民人口的经验以及现有的差距和不平等关注，会导致沟通，组织常规和资源分配发生变化的差距和不平等（*Navaza*等人，2009: 143）。

目前公共服务领域口译在西班牙已经有了很大进步但尚未达到职业化水平，此类翻译在西班牙的社会中还未得到认可。艾步莉、赛尔斯、桑切斯·贝雷斯（*Abril, 2006; Sales, 2005; Sánchez Pérez, 2015*）等人认为公共服务领域口译职业需要得到社会的认可，尤其是需要资金支持，才能真正在西班牙社会得到发展和植入。

2.1.4.1. Las competencias requeridas de los intérpretes profesionales

在了解了医疗卫生领域中的跨文化调解员（*mediación intercultural*）和临时口译员（*intérpretes ad hoc*）与专业的口译员的区别之后，不禁想问：如何才能一名公共服务领域的专业口译员呢？针对这个问题，很多人都提出过自己的看法⁴，接下来我们将做一个介绍。

首先，我们需要知道的是，公共医疗卫生中的口译员的主要技能要求实际上与任何其他口译员相同。沃尔特·凯泽（*Walter Keizer*，引用于 *Wang, 2016*）提出了优秀的口译员应具备的技能（*aptitud*）：

³ 有关这些国家的公共服务口译发展和状况的更多信息，请参见 *Abril, 2006: 167-274* 和 *Sánchez Pérez, 2015: 50-99*。

⁴ *Hale (2007)*，*Ortí (2014)*等其他作者也曾就该主题提出评论，由于篇幅有限，本文仅摘取讨论一些作者的建议。

1. 精通工作语言，
2. 良好的分析能力，
3. 良好的综述能力，
4. 良好的语言含义提取能力，
5. 良好的专注能力，
6. 良好的短期和长期记忆力，
7. 声音和仪表良好，
8. 有求知欲，
9. 理智上的诚实，
10. 机智和有外交意识，
11. 良好的身体耐力，
12. 良好的心理承受能力，
13. 有健康的身体。

瓦莱罗·加尔塞斯（Valero Garcés, 引用于Wang, 2016）也曾经指出，在公共服务领域中的口译员必须具备的能力有：

- 了解相应的公共服务，其结构、程序、进程和人员；
- 流利的口头和书面双语表达，包括广泛使用各种记录簿和相应的术语；
- 能够忠实地用两种语言、双向传达含义的能力；
- 理解职业道德守则并了解将其付诸实践的策略；
- 持续促进专业和个人培训的策略

与沃尔特·凯泽（Walter Keizer）提出的一般技能相比，瓦莱罗·加尔塞斯（Valero Garcés）又补充了两种所需的能力。其一是对公共服务领域的了解；其二是要有持续不断长期促进专业和个人培训的策略意识。知识的学习是永无止境的，对于一名口译员来说，更加要有终身学习的意识。

我们再来重点看看波佐·特里维诺（Pozo Triviño, 2009）在建议如何设计欧洲高等教育框架内的公共服务口译培训的课程时（Una propuesta formativa en interpretación en los servicios públicos en el marco del EEES）提到的口译员应具有的能力：

- 工具技能（Competencias instrumentales）
完美掌握他们的工作语言，以及双边口译和交替口译的技巧（例如笔记和语言表达）、视觉翻译的技巧。同时还必须获得与文档和术语管理相关的能力，并且对所在的公共服务领域有扎实的知识。了解口译员的道德守则也是必不可少的。
- 人际交往能力（Competencias interpersonales）
发展道德承诺和批判性推理，认识多样性和多元文化主义的能力，在跨学科和/或国际团队中工作的能力，身体和情感上承受压力的能力，以及对其他文化和其他理解现实的方式具有好奇心。
- 系统能力（Competencias sistémicas）
拥有追求品质的动力，意识到工作的重要性，有自主学习的能力，能适应新的情况，了解其他文化和习俗，有创造力、主动性、探索精神和领导才能，对环

境和人道主义话题具敏感，守时等等（Pozo Triviño, 2009: 36-37）

通过分析内容，上述工具能力（Competencias instrumentales）与认知、方法论、技术，语言能力等相关；人际交往能力（Competencias interpersonales）是指那些与社会互动和合作有关的个人能力；系统能力（Competencias sistémicas）是指具有全局特征并允许个人理解完整系统的能力。和瓦莱罗·加尔塞斯（Valero Garcés）提出的能力要求相比，我们可以发现波佐·特里维诺(Pozo Triviño)强调了对公共服务领域中常用的翻译方式技巧的掌握，以及在未来中可能遇到的工作情况：跨学科或者处在国际团队中，学会与他人合作，因为这对于我们公共服务口译员来说，是经常会遇到的情况。最后还突出工作中的精神品质，如：追求质量、不断探索创新、守时等等。

除了以上提到的能力要求外，文化能力或跨文化能力(competencia cultural/intercultural)也是很多作者关注的焦点(Abril, 2006; Jiménez León, 2015; Requena, 2010)。正如艾步莉（Abril, 2006: 667）所说，口译员了解影响人际关系的文化价值及了解文化价值对交流的影响是很重要的。一个人在文化上具有某种能力，就是能够准确理解并且能有效地回应来自不同文化背景的人们的能力(Qureshi, 2009: 5, 引用于Requena, 2010)。与大多数能力模式一样，文化能力涉及知识，技能和态度的结合。因此，作为医疗卫生领域的口译员，具有广泛的文化常识很有必要。他们需要在可以处理有关健康和疾病的各种概念的基础上，知道因文化差异而不同的表达症状方式。同时，也不能陷入刻板印象或一般化中，必须始终牢记每个个体的特质。因为每个人都是自己的文化、性别、年龄、社会状况、成长经历、教育水平和情感状态的载体(Navaza *et al.*, 2009)。

我们还必须强调下口译员在健康领域的工作中可能遭受的心理影响（*impacto psicológico*）。因为作为信息的传递者，有时会无法避免传递一些令人不快或者窘迫的消息，这些消息有时候本身也会给口译员带来情感上的困扰：例如口译员他们必须转述患者遭受的暴力事件，或者由于他们无法帮助患者而自身感到无能为力。但是更糟糕的是，有时候会引起医疗卫生服务的使用者的斥责，甚至是暴怒，好像口译员是信息的发出者，而不是中间人。这些都会给他们之后的工作（*síndrome del «trabajador quemado»*）或是个人生活带来影响（Franco, 2017: 146）。因此，医疗保健领域的口译员必须保持情绪稳定，也就是说，他们必须是懂得平衡的人，可以控制自己的情绪，并且在工作中不容易改变(Ruiz, 2013)。这一点和前面沃尔特·凯泽（Walter Keizer）提出第12点良好心理承受能力(*buena resistencia psicológica*)不谋而合。为了使得职业生涯中的心理影响可以承受，瓦莱罗·加尔塞斯（Valero Garcés，引用于Sánchez Pedreño, 2013）强调心理培训的重要性，并认为应将此类培训的重点放在以下几个方面：

- 针对在情感上会引起困扰的问题（例如，坏消息的传达，对酷刑的描述，与施暴者打交道等）；
- 有关核心概念的基本心理培训（压力，焦虑，转移，行为改变等）；
- 认识（意识到）潜在压力因素；
- 识别表现形式（症状）和策略，以应对与其职业活动表现有关的可能的心理影响。
- 应对诸如同情或自尊之类的策略的培训，这对于在如此多样的环境中继续开展工作是必不可少的

除了参加事先的培训以做好应对心理冲击的准备，很多专家们曾经也就这个问题提

出过很多建议。比如建议口译员们与同业人员相聚在一起，讨论当周工作的情况，分享经验，相互理解，得到慰藉。需要学会不将工作上的情绪带回家，将工作和个人事情混淆，尽管完全做到这一点是几乎不可能的。就像比绍夫所述的那样，最好将其外部化，与同伴（口译员或医疗卫生的专业人员）、与其他专业人员讨论，或寻求有资质的心理治疗师的帮助(Bischoff等人，2009: 49)。

在本部分的最后，我们觉得有必要突出强调下科西里斯（Corsellis，2008：48-49）给公共服务领域的口译员们提出的指导建议。虽然这不是能力要求，但我们认为这些也是成功口译的关键因素，有利于口译员们能力的展现。在这里我们也将其总结列出：

- 运用合适的道德规范
- 知道我们是否有足够的的能力接受任务（即根据自己的能力接受翻译任务）
- 口译员通过自我介绍开始和对话者们建立初步的交流。有人建议口译员首先向不同的讲话者介绍自己，然后再进行口译工作
- 除特殊情况，否则应给出必要的指示，请说话者双方直接沟通，同时保持眼神交流，忽略口译员的存在。表示如果需要他们停止或进行澄清，则需要让双方知道以避免混淆。
- 不应将口译员与患者、被告、被拘留者等单独相处
- 口译员的客观性是沟通畅通无阻的必要条件。口译员不能发表意见或个人想法。

综上，就指导医疗口译专业培训的能力，上文已经包含了许多作者的意见。尽管到目前为止，没有就公共服务口译员应该具备哪些能力达成共识，但是总体上看，我们可以发现这些提议或多或少地有相吻合的地方，特别强调了口译员需要掌握的以下几个方面：

1. 高水平的工作语言能力，掌握专业术语，懂得运用各种口译技巧。
2. 掌握职业道德守则并懂得将其付诸实践，对公共服务口译员的作用和道德要求有清晰的了解。
3. 良好人际交往能力，懂得与他人、团队合作，良好地互动。
4. 具有终身发展学习的意识，不断提升个人专业水平。
5. 跨文化交流能力，具有丰富的文化知识
6. 抗压能力，良好心理承受能力，能够自我调节。

2.1.4.2. La formación en interpretación en el ámbito sanitario

我们上文2.1.3.1.部分已经提到，未接受过专门培训的临时口译员在翻译时会带来犯很多错误，如：遗漏扩展、压缩、替换等等，甚至造成非常严重后果。在口译过程中，专业的口译员往往需要运用一系列的技能来履行传递信息的职能，从而保证从一方传递到另一方、从另一方再传递回来的信息质量。因此想要保障质量就需要拥有专业技能和能力（如2.1.4.1中所提及的），而想要拥有专业的技能和能力就需要进行专业的培训。同时，专业培训也是为了获得对公共服务领域口译员的职业道德的认知，并知道如何在实践中运用这些职业道德原则。

2015年吉米尼斯·莱昂(Jiménez León, 2015)在她的研究生论文《在医疗口译中遵守

道德规范和原则的重要性和难度》(La importancia y dificultad de respetar los protocolos y principios éticos en interpretación sanitaria) 中曾统计过在西班牙总共有23所大学在本科学习的阶段开设了公共服务领域中与医疗相关的口译课程。与此同时,虽然开设研究生课程的学校数量相对少一些,但是他们开设的课程更具有针对性,并且医疗健康领域的口译是其关注的重点之一。攻读研究生的学生们将得到一定的培训,并且能够以更加专业的方式面对现实情况。接下来,我们将对开设了特定的医学卫生健康领域的口译课程做一个简要的介绍。

上述研究生学校的其中之一就是开设了“跨文化交际:公共服务笔译和口译”专业(Máster en Comunicación Intercultural, Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos)的马德里大区的阿尔卡拉大学(la Universidad de Alcalá de Henares)⁵。该专业开设于2006年,根据专业的宣传册,该大学提供的语言方向有:西班牙语-英语、西班牙语-中文、西班牙语-法语、西班牙语-阿拉伯语、西班牙语-俄罗斯语以及西班牙语-罗马尼亚语。不过目前最新的2019-2020届,只有前四个语言方向。其教学模块与医疗相关的是“医疗领域口译课程”(Interpretación en el ámbito sanitario)和“医疗领域专业笔译课程”(Traducción especializada: ámbito sanitario),每个课程各5个学分。这些课程具有实用性,着重于加深公共服务领域中的专业医疗笔译和口译的特征,以及对特定技能和能力的掌握和提高。它着重于不同口译模式的强化实践,其内容之一也有对职业道德规范的学习,以便能够将其应用于课堂上的模拟情况。与此同时,还有实习模块,也占5个学分。该实习是在与大学签订了实习协议的公共或者私人机构中进行的,例如一些医院和保健中心,例如瓜达拉哈拉初级保健中心(Atención Primaria Guadalajara)、马德里卫生服务中心(Servicio Madrileño de Salud)、阿尔科孔基金会医院(Hospital Fundación Alcorcón)等等。

位于加那利的拉古纳大学(la Universidad de la Laguna)也开设了半出席式的“社区服务笔译和口译”课程(Diploma de Especialización en Traducción e Interpretación para los Servicios Comunitarios)⁶,提供的语言方向有:西班牙语-英语、西班牙语-法语以及西班牙语-德语。其社会医疗卫生的教学模块(módulo socio-sanitario)涵盖了教育、非政府组织、政治庇护和避难所、社会服务、保健中心、医院和社会保障领域。学生也可以在医院实习。这些课程的设置非常具有实践性,理论与实际相结合,能够教导和培训未来的口译员们更加专业地执行医学口译复杂任务(Jiménez León, 2015: 13-22)。

除了吉米尼斯·莱昂(Jiménez León)的论文中提到的两所研究生院校外,位于瓦伦西亚大区的汉姆一世大学(Universitat Jaume I),也于2003年开始开设了远程教学的“医学卫生翻译”硕士专业(Traducción Médico-Sanitaria)⁷。虽然该专业名为“翻译”(traducción),但其中也包含了和口译相关的课程:“卫生领域的文化调解”(Mediación Intercultural en el Ámbito Sanitario)和“公共卫生服务的口译技巧”(Técnicas de Interpretación en los Servicios Públicos Sanitarios),该两门课作为选修课,各具有4个学分,可供学生们选择。除此之外,还有作为同样作为选修课的“医疗法律体裁翻译”(Traducción de Géneros Médico-Jurídicos)、“医疗机构中的翻译”(Traducción en Instituciones Médico-Sanitarias)、“医疗写作”(Redacción Médica)课程(同样都是4个学分),以及作为必修课的“医学概论”(Introducción a la Medicina)和“制药行业翻译”(Introducción a la Medicina)。于此

⁵ 网址: <https://www.uah.es/es/estudios/estudios-oficiales/masteres-universitarios/Comunicacion-Intercultural-Interpretacion-y-Traduccion-en-los-Servicios-Publicos/>

⁶ 网址: <http://experto.webs.ull.es/>

⁷ 网址: <https://www.uji.es/estudis/oferta/base/masters/actual/centre/fchs/traduccion-sanitaria-2013/?p=2017%2Fpage-indice-contenidos>

同时，该专业也提供在医院实习的机会，如：卡斯特利翁综合医院（Hospital General de Castellón）。该专业线通过远程学习和专业实践提供医学和健康翻译方面的专门培训，为学生们进入公共和私营部门中与生物医院领域有关的众多公司和机构打开了大门。

除了通过在学校里学习专业课进行培训这种方式，在校外，社会上的私人机构以及政府部门有时候也会有相应的培训课程，正如我们在上文2.1.2部分中介绍的*Interpret Solutions*公司就有提供社会服务口译课程（Curso de interpretación en servicios sociales）。由于其他国家/地区的卫生领域口译服务的实施已有多年时间，因此其培训更加发达，如果想要了解更多相关的信息，请参见艾步莉和桑切斯·贝雷斯的著作（Abril, 2006: 301-554; Sánchez Pérez, 2015: 50-94）

2.1.4.3. La situación laboral de la interpretación sanitaria en España

自2008年危机以来，西班牙的医院和保健中心一直普遍缺乏专业的口译员。如桑切斯-佩雷斯在她的论文中所说，这场经济危机给少数几家跨语言跨文化调解员服务的本已稀缺的资金造成了沉重打击（Sánchez Pérez, 2015: 298）。还必须强调，这场危机给正在实施的一些举措造成了损失，这些举措的预算已大大减少或消失了（Sánchez Pérez, 2015:42）。并且她曾经在她的《巴伦西亚地区的公共服务口译和文化调解：优势、劣势和改善医疗环境的建议》（*Public service interpreting and cultural mediation in the region of Valencia: strengths, weaknesses and recommendations for improvement in the healthcare setting*）一文中指出，目前在瓦伦西亚大区中，没有一家公立医院有签约的口译员（Sánchez Pérez, 2019）。由此可见专业的医疗口译服务是多么的缺乏。

尽管卫生中心和医院所需的口译服务需求很明显，并且越来越被认为是最合适的解决语言沟通问题的方案，但在现实中仍在会使用临时口译*intérpretes ad hoc*（Navaza等人，2009; Jiménez León, 2105; Sánchez Pérez, 2015），或者就使用简化的西班牙语和手势等肢体语言。在上文2.1.3.1部分中，我们已经提到过使用临时口译员会带来的后果。而手势等肢体语言也并不是全世界通用的，在不用国家往往会有不同的含义。因此，运用简化的西班牙语和手势往往并不能正确地表达出对话者双方想要说明的意思，人们也越来越认识到这并不是一种有效并且可靠的解决医生和外国患者相互理解困难的方法（Navaza等人，2009）。

白皮书（Libro Blanco, 2011: 57）中曾经指出满足对口译员需求的一种方法，可以由主管部门或卫生医疗中心自己雇佣的私营公司的翻译人员在医院中进行笔译或口译，也就是说将翻译工作外包给翻译公司。正如桑切斯-佩德雷诺（Sánchez Pedreño, 2013）在她的文章中提到的阿里沙卡圣女大学临床医院（hospital clínico universitario Virgen de la Arrixaca），就是一个很好的例子。自2000年以来，该医院一直由名为Alhambra Traductores的外部公司提供笔译和口译服务。此外，这家公司在通过公开招标赢得职位之后，也负责穆尔西亚（Murcia）各个地区法律和警察领域的笔译和口译（Sánchez Pedreño, 2013）。通常这种外包口译服务的方法是合适并且可行的，但是在主管部门与翻译人员/口译人员之间引入第三方中介，会使翻译服务变得更昂贵，服务的质量和价格不匹配。而且实际上在大多数情况下并不存在主管部门对医院和保健卫生中心现场口译人员的支持。而缺乏这种支持的原因是，正如白皮书所指出的那样，负责创建这些服务的管理人员并不了解口译工作本身，他们无法区分专业人员和非专业人员（Libro Blanco, 2011: 85-86）。

除了以上的方式，还有一种就是无偿招募公共服务笔译和口译研究生的形式，这种方式在白皮书中也有提及（Libro Blanco, 2011: 57）。开设了公共服务笔译和口译研究生专业的学校和医院以及学生三方之间签订实习协议（convenio de prácticas），让这些

研究生们前往医疗卫生中心或医院里做实习口译员，比如我们在上文2.1.4.2中提到的阿尔卡拉、拉古纳和汉姆一世这几所大学(Universidad de Alcalá, Universidad de la Laguna y Universitat Jaume I)。而这造成的现实是，如今除了临时口译员外，大多数在医疗卫生中心做口译工作的都是实习学生，导致这些医疗机构不去寻求更持久的解决方案，不雇用专门的口译员。

简而言之，公共服务口译员是近年来发展迅速的一种职业，但仍处于发展过程中。西班牙有许多医疗中心和医院缺乏这项服务，由于缺少口译员，这些医疗机构仍然不得不面对语言交流的问题。

2.1.4.4. Interpretación sanitaria en la Comunidad de Madrid: necesidades e implementación de servicios de ISP

在正式研究马德里大区医疗卫生口译服务的需求和实施情况前，有必要先了解一下该地区的移民情况。

根据政府官方网站上的《马德里大区在册的外国人口报告》⁸显示（如图1），截止2019年1月，目前在西班牙马德里大区居住的有6,745,496人，其中950,916人为外国人。也就是说，居住在马德里的具有西班牙国籍的人口为85.9%，剩余14.1%为外国人。虽然从2011年到2016年外国移民人数有下降，但是在2019年与上年相比，外国人口数量增加了57,640人，这是自2008年以来绝对值最高的增长。

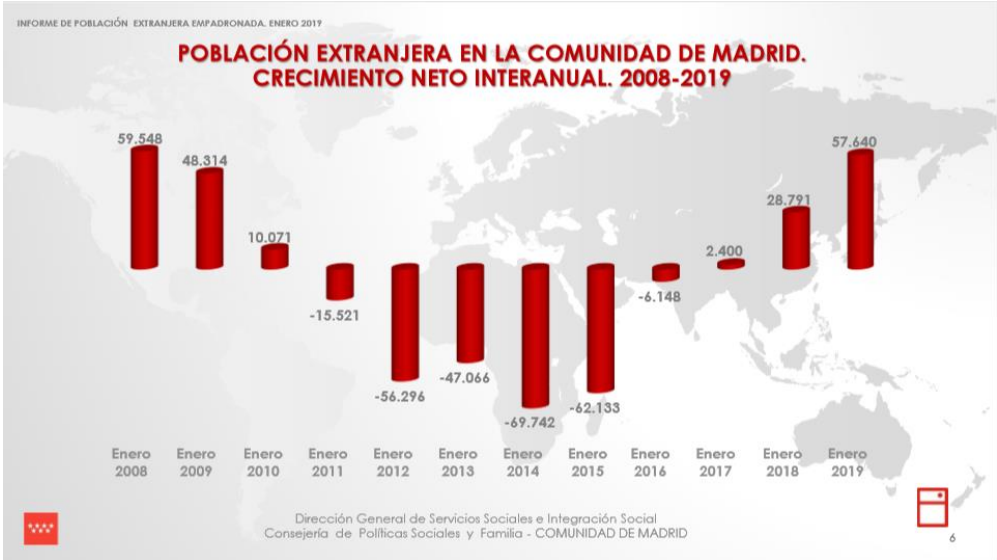


图1，来源：《马德里大区在册的外国人口报告》，研究与数据中心-移民观察所，第6页，2019年1月

2019年1月，在马德里大区在册登记的950916名外国人中，欧洲人占近40%（其中罗马尼亚人占20%），美洲人（包括北美洲、南美洲、加勒比以及中美洲地区）占37%（南美洲人占绝大多数，为26%），非洲大陆占12%，而来自亚洲大陆的移民占11%（如图2所示）。

⁸ Informe de Población Extranjera Empadronada en la comunidad de Madrid. 网址：<http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM014116.pdf>

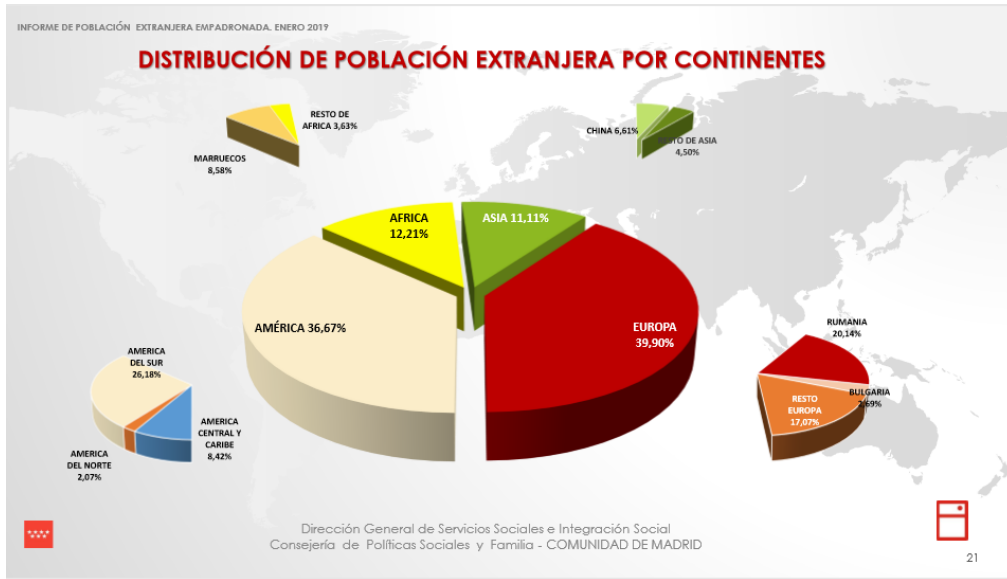


图2，来源：《马德里大区在册的外国人口报告》，
研究与数据中心-移民观察所，第21页，2019年1月

随着时间的推移，选择马德里大区作为居住地的外国人的来历发生了变化。根据下面的图3，我们可以看出，目前出现率最高的七个群体分别为：罗马尼亚人（20.1%），摩洛哥人（8.6%），中国人（6.6%），哥伦比亚人（5.2%），委内瑞拉人（4.6%），厄瓜多尔人（4.1%）和意大利人（3.7%），占该地区外国总人口的一半以上。

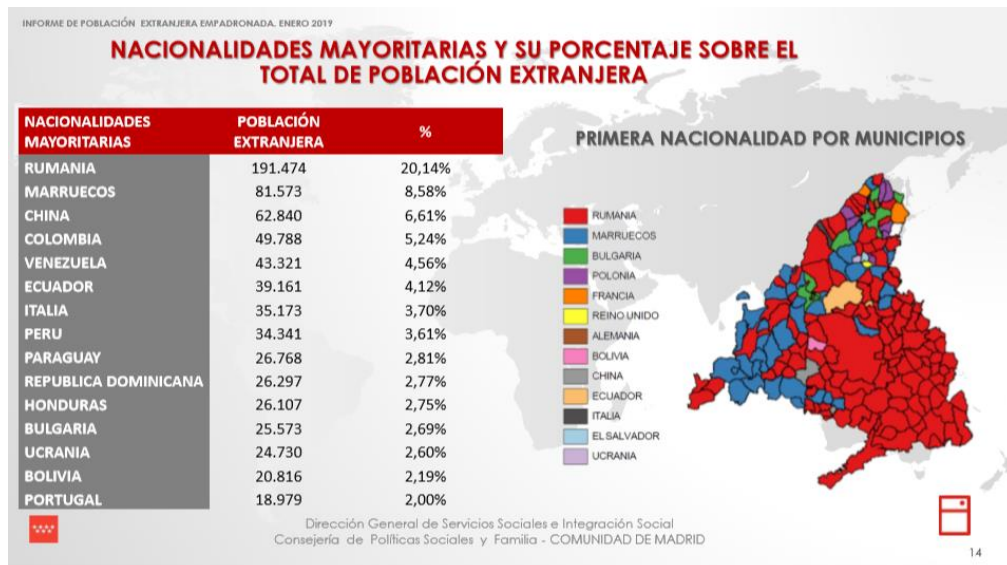


图3，来源：《马德里大区在册的外国人口报告》，
研究与数据中心-移民观察所，第14页，2019年1月

通过对居住在马德里大区地区的外国人中最频繁的国籍和其原籍国使用最广泛的语言的观察，我们可以得出以下可能在公共服务中最需要口译的语言如下：

- 在东欧国家/地区使用的罗马尼亚语和其他语言，例如保加利亚语、匈牙利语（罗马尼亚的民族语言）或乌克兰语。
- 阿拉伯语及其方言变体，因为出现率第二高的民族是摩洛哥人，在摩洛哥

境内还有许多地方方言。

- 中文
- 欧洲其他地区语言，意大利语、葡萄牙语、英语等。

在浏览了马德里大区的官方网站⁹并且观看了相关视频¹⁰后，我们了解到，自2009年7月开始，马德里卫生服务局（Servicio Madrileño de Salud）为马德里大区的公共卫生系统（Sistema Sanitario Público de la Comunidad de Madrid）的医疗中心¹¹给地理来源不同的人提供免费的语言调解和口译服务。这种服务通过我们在上文2.1.2部分中提到的Dualia公司提供，通过移动电话实现，也就是我们上文提到的电话口译。操作非常简单，医护人员和患者分别佩戴移动电话的两只耳机，然后只需根据患者所说的语言拨打对应的数字，即可与呼叫中心建立通信，一组专业的口译人员在电话的另一端可以实时地远程口译医疗专业人员与患者之间的对话。该服务一年365天无休，每天24小时，支持50多种语言的翻译。这项服务能够极大提高为居住在马德里大区的外国公民提供的医疗服务的质量，消除了语言和文化障碍，同时节省问诊时间。然而，需要注意的是，由于该费用是每个医疗中心承担，需求较低。并且该服务的推广需要对医护人员进行相关的培训，出于后勤原因，这并不总是可行的(Corpa, 2015)。此外，我们还观察到，官网上对该服务的介绍是由西班牙语书写，宣传的海报的底部(如图4)有翻译成中文，俄语，阿拉伯语，英语和法语的服务请求的信息。对于以其他语种为母语、且西班牙语水平不高的人来说，可能无法了解其中的意思。



图4，卫生中心的电话口译海报，来源：马德里卫生服务局¹²

综上所述，马德里大区虽然有提供电话口译服务，仍然无法满足对医疗口译员的需要。西班牙国家报el País在今年4月报道了一位孟加拉国移民在covid-19疫情期间，由

⁹ 网址：<https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/paciente-te-interesa-saber>;

¹⁰ 网址：<https://vimeo.com/119214555>

¹¹ 包括马德里大区的所有医院(los hospitales)、初级和专业护理急诊服务(servicios de urgencias de atención primaria y de atención especializada)、乡村医疗服务(servicios de atención rural)、心理健康服务(servicios de salud mental)以及 SUMMA 112 马德里医疗急救服务流动单位(unidades móviles del servicio de urgencias médicas de Madrid-SUMMA 112)。

¹² 网址：https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/chas/cartel_de_teletraduccion.pdf

于缺少口译人员，没有得到及时治疗而去世的新闻¹³。正如新闻中所说，口译人员的缺乏造成了无形的边界，由于语言障碍，移民群体被排除在外。

2.2. Código ético de los intérpretes

El código ético, también denominado código deontológico concreta unas pautas de actuación para los intérpretes, orientando el trabajo de interpretación desde un punto moral, de manera que se promueva la carrera a un nivel más avanzado en términos de dignidad y prestigio social. Por lo demás, tal código en realidad no solo resulta beneficioso a los profesionales, sino también garantiza el interés de los usuarios del servicio de interpretación, puesto que de acuerdo con el Libro Blanco de la traducción y la interpretación institucional (2011: 86):

[...] resulta imprescindible para regular cualquier profesión, de manera que los destinatarios de la traducción o interpretación puedan tener no sólo determinadas garantías respecto de la calidad, sino también la confianza en que se observará la confidencialidad y la imparcialidad, e incluso que habrá un sistema sancionador en caso de que se incumplan.

En conclusión, el código ético de los intérpretes resulta esencial para que la calidad sea de garantías y su trabajo cumpla con los requisitos. A continuación, vamos a mostrar un ejemplo de código ético de una asociación destacada del mundo.

The Australian Institute of Interpreters and Translators (NAATI)

Australia es uno de los países pioneros en reconocer la profesión de TISP, el cual dispone de un sistema de acreditación incluido de todas las modalidades de traducción e interpretación, así como la lengua de señas. *The Australian National Accreditation Authority for Translators and Interpreters* (NAATI más abajo) es la organización responsable de la concesión de tal acreditación a partir de 1977 (Navaza *et al.*, 2009: 143). Además, a tenor de la introducción de su página web, la organización NAATI trabaja sin ánimo de lucro y es la entidad única que emite la certificación a los profesionales que deseen dedicarse a la traducción e interpretación en el país con la intención de crear una comunidad conectada sin barreras del idioma.



The Australian Institute of Interpreters and Translators (AUSIT en adelante de aquí) es una asociación nacional de Australia para la profesión de traducción e interpretación¹⁴. La primera versión del código ético de AUSIT fue completada en 1995. Varias instituciones educativas y organismos profesionales en el extranjero lo tomaron como referencia o como modelo para sus propios códigos. Y la última versión fue actualizada y publicada en diciembre de 2012 (AUSIT 2012)¹⁵. El artículo principalmente consta de dos partes: el código ético y el código de conducta. El anterior establece los principios generales que rigen la práctica de la

¹³ 新闻网址: <https://elpais.com/espana/madrid/2020-04-16/la-falta-de-intérpretes-en-el-sistema-sanitario-pone-en-riesgo-a-los-migrantes-que-no-hablan-espanol.html>

¹⁴ Fundada en 1987, cuando la NAATI convocó a los profesionales, educadores y representantes gubernamentales de proveedores de servicios de idiomas de toda Australia a una reunión en Canberra para establecer esta asociación.

¹⁵ Página web: <https://ausit.org/code-of-ethics/>

profesión, mientras que el posterior explica cómo deben aplicarse esos principios. Además de las dos partes, también contiene secciones separadas adicionales sobre temas de conducta específicos tanto para traductores como para intérpretes. Y nos concentraremos en los fragmentos destinados a la interpretación, dado que es el centro nuclear de nuestro estudio. De conformidad con los principios, efectuamos la siguiente tabla (adaptación y traducción de la escritora de este trabajo):

Principios generales	Explicación
Conducta profesional	Los intérpretes y traductores actúan en todo momento de acuerdo con los estándares de conducta y decoro apropiados a los fines de AUSIT. Se hacen responsables de su trabajo y conducta, comprometidos a proporcionar un servicio de calidad de manera respetuosa y con sensibilidad cultural, tratando honesta y justamente con otras partes y colegas, y tratando honestamente en todas las prácticas comerciales.
Confidencialidad	Los intérpretes y traductores mantienen la confidencialidad y no divulgan la información adquirida en el trabajo. Los intérpretes y traductores deben cumplir estrictas normas de confidencialidad, al igual que las personas que trabajan con ellos en campos profesionales o comerciales.
Competencia	Los intérpretes y traductores deben tener un cierto nivel de experiencia para un tipo específico de trabajo para poder practicar. Los practicantes siempre declaran sus calificaciones con honestidad. Cuando la capacitación formal o la acreditación no están disponibles (por ejemplo, idiomas menos utilizados e idiomas emergentes), los profesionales están obligados a mejorar y mantener habilidades a través del su propio desarrollo profesional o requieren que los empleadores, instituciones o agencias brinden capacitación relevante.
Imparcialidad	Los intérpretes y traductores no son responsables de lo que comunican las partes, sino solo de la transferencia completa y precisa del mensaje. No se permite que los prejuicios influyan en su desempeño; asimismo, no suavizan, fortalecen ni alteran los mensajes que se transmiten.
Precisión	La precisión significa la transferencia óptima y completa del mensaje al idioma de destino, preservando el contenido y la intención del mensaje o texto fuente sin omisión ni distorsión.

Claridad de los límites de funciones	Los intérpretes y traductores mantienen límites claros entre su tarea como facilitadores de comunicación a través de la transferencia de mensajes y cualquier tarea la que puedan realizar otras partes involucradas. No realizan en el curso de sus deberes de interpretación o traducción otras tareas tales como defensa, orientación o asesoramiento. Incluso cuando tales otras tareas son obligatorias por acuerdos de empleo particulares, los profesionales deben insistir en que se acuerde una clara demarcación entre la interpretación y la traducción y otras tareas.
Mantener las relaciones profesionales	Los intérpretes y traductores trabajan en una variedad de entornos con demandas institucionales específicas y una amplia gama de contextos profesionales y comerciales. Algunas situaciones implican protocolos estrictos donde el intérprete o traductor es una parte totalmente independiente, mientras que otras están marcadas por la cooperación y las responsabilidades compartidas. Los intérpretes y traductores deben estar familiarizados con estos contextos y esforzarse para que las personas con las que trabajan comprendan su papel. Para los profesionales que trabajan a través de agencias, la agencia que les proporciona el trabajo es uno de sus clientes, y tienen que mantener los mismos estándares igual que cuando trabajan con clientes individuales. Al mismo tiempo, las agencias deben contar con procedimientos adecuados y justos, así que reconocen y fomentan el profesionalismo de los profesionales.
Desarrollo profesional	Los profesionales se comprometen con el aprendizaje permanente, reconociendo que las personas, los servicios y las prácticas evolucionan y cambian con el tiempo. Actualizan sin cesar sus habilidades de lenguaje y de transferencia y su comprensión contextual y cultural. Se mantienen al día con los avances tecnológicos pertinentes a su práctica para continuar brindando un servicio de calidad. Si el idioma del trabajo no tiene capacitación o certificación estándar, el profesional a lo mejor necesita evaluar, mantener y actualizar sus estándares de manera independiente
Solidaridad profesional	Los intérpretes y traductores respetan y apoyan a sus compañeros profesionales, y defienden la reputación y la fiabilidad de la profesión de interpretación y traducción teniendo una lealtad a la profesión que se extiende más allá de su interés individual.

Tabla 2. Explicaciones de los principios éticos de AUSIT.
Elaboración propia según *AUSIT Code of Ethics*, 2012

Conductas específicas para intérpretes

Int1	Los intérpretes están preparados para realizar el trabajo correctamente a través de obtener información y sesiones informativas del patrocinador / cliente tanto como sea posible, y tratan dichos materiales de manera confidencial o según lo acordado expresamente.	
Int2	Para garantizar el mismo acceso a todo lo que dicen o firman todas las partes involucradas en una reunión, los intérpretes transmiten de manera precisa y completa todo lo que se comunica.	Integridad en la interpretación
Int3	Los profesionales interpretan en primera persona.	
Int4	Los profesionales mantienen las emociones de los hablantes en su interpretación y no suavizan ni mejoran la fuerza de los mensajes transmitidos o el lenguaje utilizado. En contextos específicos, como en la corte o evaluaciones psicométricas, se conservan la incoherencia, las dudas y las declaraciones poco claras.	
Int5	Si se pronuncian falsedades obvias, los intérpretes las transmiten con precisión de la misma manera.	
Int6	En situaciones de diálogo en las que algunos participantes no están acostumbrados a trabajar con intérpretes, el intérprete alienta a dichos participantes a comunicarse directamente entre ellos.	
Int7	En situaciones con varios participantes y donde el profesional no está interpretando en voz alta para todos, el intérprete permite que cada participante permanezca lingüísticamente presente cuando sea apropiado mediante la interpretación susurrada u otros medios adecuados, cuando otros participantes se comunican en un idioma.	
Int8	Si algo no está claro, el intérprete pide la repetición, reformulación o explicación, informando a todos los participantes de lo que está sucediendo.	
Int9	En situaciones de emergencia en las que los intérpretes no han tenido la oportunidad de recibir información adecuada o no se les ha dado suficiente tiempo para prepararse, o si hay problemas de seguridad, se lo comunican a la persona responsable o al iniciador que participa en la sesión.	
Int10	Los intérpretes mantienen a los participantes	

	informados de cualquier comentario realizado por cualquiera de las partes o de sus intentos de involucrar al intérprete en una conversación privada o de otro tipo. En contextos comerciales o intergubernamentales en los que una o más partes traen su propio intérprete, es apropiado que el intérprete transmita opiniones de la otra parte a su propia parte.	
Int11	Varios participantes pueden colocar expectativas competitivas sobre los intérpretes, las cuales pueden contravenir el código ético de los intérpretes, por lo tanto, les corresponde aclarar los límites de su función y ayudar a sus clientes a comprender cómo lograr los mejores resultados en una sesión interpretada. Los intérpretes también prestan atención a la necesidad de permanecer cortés en las conversaciones posibles que pueden surgir durante los períodos de espera, pero no las convierten en las privadas, y la información divulgada durante dichas conversaciones se debe mantener confidencial.	
Int12	Los profesionales dan testimonio de sus calificaciones y la precisión de su interpretación y, cuando se les solicita, explican sus opciones lingüísticas, pero no confirman la comprensión de los mensajes por parte de los participantes, la que es un problema para ellos.	
Int13	Los intérpretes se familiarizan con el uso creciente de la tecnología para la interpretación, incluida la interpretación telefónica, de video e internet, y diversos dispositivos de grabación / transmisión. Los intérpretes que participan en la interpretación con estas tecnologías se preparan entendiendo los propósitos de su uso y la forma en que estas tecnologías configuran la comunicación. Se alienta a las instituciones, agencias y clientes que usan estas tecnologías a desarrollar protocolos e intérpretes breves sobre su uso y sobre los requisitos particulares que puedan tener. Se alienta a las instituciones, agencias y clientes que usan estas tecnologías a desarrollar protocolos e informar a los intérpretes sobre su uso y sobre los requisitos particulares que puedan tener.	Interpretación remota
Int14	Cuando los intérpretes tienen funciones además de la interpretación debido a acuerdos de empleo específicos, indican claramente cuándo están actuando como intérpretes y no cambian funciones sin previo aviso.	Entornos institucionales específicos del trabajo de interpretación

Int15	En entornos institucionales específicos donde el deber de cuidado o las reglas de seguridad regulan el comportamiento de todos los participantes, como en el cuidado de la salud o en entornos de alta seguridad, los intérpretes siguen las políticas y procedimientos relevantes que los combinan con su código ético de interpretación.	
-------	--	--

Tabla 3. Conductas específicas para intérpretes de AUSIT.
Elaboración propia según *AUSIT Code of Conduct*, 2012

El AUSIT no pretende llevar a cabo listas largas y exhaustivas de todas las situaciones y circunstancias que pueden comprender el cumplimiento y el incumplimiento del código deontológico, ya que es imposible imaginar todos los casos a lo largo y ancho de una carrera profesional. La práctica ética de interpretación requiere juicio y una toma de decisiones equilibrada según el contexto real.

Referente al contenido del código ético de AUSIT (2012), a modo de conclusión, en primer lugar, se exige que los miembros mantengan el desprendimiento profesional, la imparcialidad, la precisión y la confidencialidad. En caso de la interpretación, los intérpretes deben ser intermediarios neutrales al participar en la interacción, pero ponen límites de sus obligaciones y deberes. En otras palabras, deben poner en claro sus funciones como facilitadores de transferir los mensajes con la mayor fidelidad posible y no dirigir la atención a las tareas ajenas manteniendo los límites de trabajo. Al mismo tiempo, los intérpretes tienen que ser conscientes del desarrollo profesional permanente y continuo para luchar por la excelencia y rechazar el trabajo que esté más allá de su competencia. En tercer lugar, les resulta trascendental promover las condiciones de trabajo, las relaciones y la comprensión de los roles que facilitan la colaboración y la prestación de servicios de calidad. Por último, pero no menos importante, han de adherirse a los procedimientos de resolución de disputas.

2.2.1. La imparcialidad en el código deontológico de diferentes asociaciones de intérpretes médicos

En el apartado anterior introdujimos el código deontológico dirigido a traductores e intérpretes generalistas, es decir, no se limita a algún sector concreto sino cubre todos los ámbitos, como de conferencia, de comercio, de policías, etc. En este apartado, nos fijamos en el campo sanitario y en los conceptos del principio de imparcialidad, uno de los más complicados de seguir y respetar (Sales, 2014; Jiménez León, 2015), que es precisamente el foco del presente trabajo de investigación. Intentamos analizar las explicaciones y directrices de diferentes asociaciones de interpretación médica. De momento, aún no existe una asociación especializada en la interpretación médica en España, si bien hay unas organizaciones de traducción e interpretación en otro ámbito o más general, como, por ejemplo: la Asociación de Intérpretes de Conferencia de España (AICE), la Asociación Española de Traductores, Correctores e Intérpretes (Asetrad), la Asociación Profesional de Traductores e Intérpretes de Cataluña (APTIC), entre otros. Los Estados Unidos, uno de los países en los que más se ha realizado la profesionalización avanzada de la TISP, hoy en día cuenta con tres asociaciones relevantes de esta especialidad en el ámbito sanitario (IMIA, CHIA y NCIHC) por lo que a continuación procederemos a estudiar este principio según está establecido en las directrices de sus códigos deontológicos.

International Medical Interpreters Association (IMIA)

La *International Medical Interpreters Association* (IMIA en adelante)¹⁶ es una organización internacional sin fines de lucro con sede en Massachusetts de los Estados Unidos, fundada en 1986, con más de 2.000 miembros, presta servicios de interpretación en más de 70 lenguas. Es la asociación de intérpretes médicos más antigua y más grande de todo el territorio del país, comprometida con el avance de los intérpretes profesionales en el ámbito sanitario como la mejor práctica con la finalidad de que los pacientes lingüísticamente diversos puedan tener el acceso equitativo al servicio lingüístico en el proceso de atención sanitaria. Si bien representa a los profesionales de interpretación médica como expertos en esta carrera, la membresía en el *IMIA* también está abierta a aquellos interesados en la interpretación médica. Asimismo, se ha convertido en la organización que establece estándares para la profesión de intérpretes médicos.



*The Medical Interpreting Standards of Practice*¹⁷, con el nombre en español “Los Estándares para la Práctica de la Interpretación Médica”, elaborados por la IMIA, es el primer conjunto de principios éticos específicos en la profesión de interpretación sanitaria, establecido en el año 1995, mientras que la edición más renovada hasta ahora es la del año 2007. Tienen sus documentos correspondientemente traducidos en portugués, español, italiano, hebreo y coreano. De momento siguen sirviendo como una herramienta crucial no solo para dar orientaciones en el desarrollo de programas educativos y formativos, sino también para evaluar la capacitación, competencias, prácticas, así como autoevaluaciones de los trabajadores de este oficio. Además, también ayudan a los proveedores de servicios de salud a aprender cómo trabajar con intérpretes. Los Estándares están divididos principalmente en tres aspectos de trabajo esenciales: la interpretación, la interfaz cultural y la conducta ética, de los cuales el último abarca los indicadores de competencia de mantener la imparcialidad (Edición en español de IMIA, 2007: 48)¹⁸:

- Es consciente y tiene la capacidad de identificar las preferencias y creencias personales que puedan interferir en su capacidad para ser imparcial, y tiene la fortaleza moral de retirarse si no le resulta posible.
- Se retira o se abstiene de aceptar cualquier encargo en el que los vínculos personales o profesionales, o sus creencias personales puedan afectar a su imparcialidad (incluidos los conflictos de intereses), a menos que una emergencia haga que el servicio sea imprescindible.
- Se centra en la comunicación entre el proveedor y el paciente y se abstiene de introducir temas, creencias, opiniones o preferencias personales en la entrevista.
- Se abstiene de aconsejar o asesorar

California Healthcare Interpreting Association (CHIA)

La *California Healthcare Interpreting Association* (CHIA en adelante)¹⁹ se fundó como

¹⁶ Página web: <http://www.imiaweb.org>

¹⁷ Enlace al documento: <https://www.imiaweb.org/uploads/pages/102.pdf>.

¹⁸ Enlace al documento: https://www.imiaweb.org/uploads/pages/102_4..pdf

¹⁹ Página web: <http://www.chiaonline.org>

California Healthcare Interpreter's Association en el año 1996 por un grupo de intérpretes y gerentes de programas. El nombre fue cambiado en 2003 a CHIA. Se dedica a mejorar la calidad y la disponibilidad de los servicios de idiomas en la prestación de atención médica, fomentando el trabajo realizado conjunto por los intérpretes y proveedores del servicio sanitario para superar las barreras lingüísticas y culturales, para llegar a una atención de alta calidad.



California Standards for Healthcare Interpreters - Ethical Principles, Protocols, and Guidance on Roles & Interventions o simple *the CHIA Standards* (con el nombre en español "Estándares para Intérpretes Médicos en California Principios Éticos, Protocolos y Lineamientos sobre la Función y las Intervenciones del Intérprete"), fueron publicados por CHIA (2002)²⁰. El documento contiene tres secciones y un grupo de apéndices. La primera sección consiste en un conjunto de principios deontológicos que orientan los comportamientos de los intérpretes en el contexto sanitario. La segunda presenta procedimientos mediante los cuales se estandariza cómo los intérpretes deben trabajar con los usuarios y los proveedores de atención médica en las consultas. La tercera sección, por su parte, procede a aclarar los obstáculos de comunicación con los que se enfrentan los pacientes en el encuentro con el personal sanitario. Por consiguiente, esta sección también proporciona una serie de estrategias para solucionar estos problemas lingüísticos e identifica las funciones de los intérpretes médicos requeridas y producidas por tales dificultades.

En los estándares, los intérpretes deben mantener la imparcialidad al (Edición en español de CHIA, 2012: 20-21)²¹:

- No demostrar ningún comportamiento preferencial o prejuicio a favor o en contra de cualquiera de las partes participando en la interpretación.
- Permitir que las partes hablen por sí mismas y abstenerse de dar consejos o recomendaciones, o apoyar a una de las partes.
- Respetar el derecho de las partes participando en la conversación de estar en desacuerdo entre sí y al continuar interpretando sin llegar a ser parte del desacuerdo.
- Abstenerse de interponer opiniones personales, creencias o prejuicios dentro de la interacción paciente/proveedor de atención médica, aunque los intérpretes estén en desacuerdo con el mensaje, o lo perciben como incorrecto, falso, o inmoral.
- Evitar demostrar lenguaje corporal o expresiones faciales que transmiten prejuicio y falta de imparcialidad.
- Informar al profesional de atención médica cualquier vínculo personal entre el paciente y el intérprete. Considerar retirarse y solicitar ser sustituido por otro intérprete cuando el vínculo personal causa incomodidad o vergüenza,

²⁰ Enlace al documento: http://www.chiaonline.org/resources/Pictures/CHIA_standards_manual_%20March%202017.pdf

²¹ Enlace al documento:

<http://www.chiaonline.org/Resources/Documents/CHIA%20Standards/CHIA%20Standards%20Spanish.pdf>

provocando que los pacientes eviten hablar libremente.

- Solicitar permiso para retirarse si percibe que continuar con la sesión de interpretación podría causar angustia mental o emocional innecesaria al intérprete, debido a un trauma o experiencias personales, lo cual podría interferir con la interpretación. En los casos donde no haya otro intérprete, los intérpretes deben considerar la situación rigurosamente y actuar responsablemente, de una manera respetuosa para sí mismo y los demás.

National Council on Interpreting in HealthCare (NCIHC)



El *National Council on Interpreting in HealthCare* (NCIHC)²², una organización multidisciplinaria cuya meta es facilitar el acceso al servicio de idioma en la atención médica en los Estados Unidos, se estableció formalmente en 1998. El grupo está compuesto por líderes que trabajan como intérpretes médicos, coordinadores y formadores de servicios de interpretación, clínicos, formuladores de políticas, defensores e investigadores en todo el territorio americano. Uno de sus objetivos es formar un marco que promueva la interpretación del cuidado de la salud culturalmente competente, incluyendo las normas para la prestación de servicios de interpretación en los centros sanitarios y un código de ética para los intérpretes en este sector.

National Code of Ethics for Interpreter in Health Care de NCIHC (2004)²³ aporta una elaboración y discusión sobre todos los principios y las interrelaciones entre ellos. En ese documento, se considera que el intérprete debe esforzarse por mantener la imparcialidad y abstenerse de aconsejar, asesorar o proyectar prejuicios o creencias personales. Además, refleja que la imparcialidad significa que los intérpretes:

- no juzgan el contenido de los mensajes para tomar decisiones sobre qué se debe transmitir o no, o cómo se debe transmitir.
- no juzgan a ninguna de las partes en el encuentro.
- respetan la autonomía de cada parte en el encuentro y su derecho a hablar por sí mismos de la manera que deseen.
- respetan el derecho de las partes a tomar decisiones por sí mismos;

Por lo tanto, en los *Standards of Practice for Interpreters in Health Care* (2005)²⁴ se establece que, uno, no permitir que los juicios personales o los valores culturales influyan en la objetividad, por ejemplo, un intérprete no revela sentimientos personales a través de palabras, tono de voz o lenguaje corporal; dos, señalar posibles choques de intereses, retirándose de las

²² Página web: <http://www.ncihc.org>

²³ Enlace al documento:

<https://www.ncihc.org/assets/documents/publications/NCIHC%20National%20Code%20of%20Ethics.pdf>

²⁴ Enlace al documento:

<https://www.ncihc.org/assets/documents/publications/NCIHC%20National%20Standards%20of%20Practice.pdf>

tareas si es necesario, por ejemplo, un intérprete evita la interpretación para un familiar o amigo cercano.

2.2.1.1. Reflexiones

Después de presentar y revisar las explicaciones y reflexiones del principio de imparcialidad de tres organizaciones estadounidenses de gran importancia en el campo de la interpretación sanitaria, elaboramos una tabla (como se ve la Tabla 4). En la tabla, resumimos unas ideas centrales que tienen en común:

- i. Retirarse de las tareas con la posibilidad de que la imparcialidad pueda ser afectada por los vínculos personales, creencias personales, impacto psicológico, etc.
- ii. Ser invisible en la comunicación sin introducir temas u opiniones personales, transmitiendo los mensajes fielmente.
- iii. Respetar la autonomía de las partes, es decir, respetar el derecho de cada parte a hablar por sí mismo.

Se nota que cada organización tiene sus propias expresiones sobre el principio de imparcialidad, conceptualizándolo de diferentes maneras. Y también existen discrepancias, como, por ejemplo, con respecto a la primera idea, la CHIA considera que cuando el paciente y el intérprete tienen vínculo personal, deberá informar al profesional de atención médica y solo retirarse y solicitar la sustitución si causa alguna molestia de impedir que los pacientes hablen libremente. Sin embargo, la IMIA y la NCIHC exigen que se abstenga de aceptar el encargo de interpretación para sus allegados. Al mismo tiempo, en cuanto a ser invisible, la CHIA y la NCIHC también tienen en cuenta el lenguaje no verbal, que pueda ser una manera de transmitir sus prejuicios.

	IMIA	CHIA	NCIHC
Identificar los elementos que afectan la imparcialidad	Es consciente y tiene la capacidad de identificar las preferencias y creencias personales que puedan interferir en su capacidad para ser imparcial, y tiene la fortaleza moral de retirarse si no le resulta posible.		
Retirarse de las tareas con la posibilidad de que la imparcialidad pueda ser afectada	Se retira o se abstiene de aceptar cualquier encargo en el que los vínculos personales o profesionales, o sus creencias personales puedan afectar a su imparcialidad (incluidos los conflictos de intereses), a menos que una emergencia haga que el servicio sea imprescindible.	-Informar al profesional de atención médica cualquier vínculo personal entre el paciente y el intérprete. Considerar retirarse y solicitar ser sustituido por otro intérprete cuando el vínculo personal causa incomodidad o vergüenza, provocando que los pacientes eviten hablar libremente. - Solicitar permiso para retirarse si percibe que continuar con la sesión de interpretación podría causar angustia mental o emocional innecesaria al intérprete, debido a un trauma o experiencias personales, lo cual	Deben señalar los posibles choques de intereses, retirándose de las tareas si es inevitable. Por ejemplo, un intérprete evita la interpretación para un familiar o amigo cercano.

		podría interferir con la interpretación.	
Ser invisible	Se centra en la comunicación entre el proveedor y el paciente y se abstiene de introducir temas, creencias, opiniones o preferencias personales en la entrevista.	-Abstenerse de interponer opiniones personales, creencias o prejuicios dentro de la interacción paciente/proveedor de atención médica, aunque los intérpretes estén en desacuerdo con el mensaje, o lo perciben como incorrecto, falso, o inmoral. -Evitar demostrar lenguaje corporal o expresiones faciales que transmiten prejuicio y falta de imparcialidad.	-No juzgan el contenido de los mensajes para tomar decisiones sobre qué se debe transmitir o no, o cómo se debe transmitir. - El intérprete no permite que los juicios personales o los valores culturales influyan en la objetividad. Por ejemplo, un intérprete no revela sentimientos personales a través de palabras, tono de voz o lenguaje corporal.
No a favor o en contra de ninguna parte		-No demostrar ningún comportamiento preferencial o prejuicio a favor o en contra de cualquiera de las partes participando en la interpretación. -...abstenerse de..., ...apoyar a una de las partes.	No juzgan a ninguna de las partes en el encuentro.
Respetar la autonomía de las partes	Se abstiene aconsejar o asesorar	-Respetar el derecho de las partes participando en la conversación de estar en desacuerdo entre sí y al continuar interpretando sin llegar a ser parte del desacuerdo. - Permitir que las partes hablen por sí mismas y abstenerse de dar consejos o recomendaciones, o apoyar a una de las partes.	-Respetan la autonomía de cada parte en el encuentro y su derecho a hablar por sí mismos de la manera que deseen. - Respetan el derecho de las partes a tomar decisiones por sí mismos

Tabla 4. Las normas de las tres asociaciones sobre el principio de imparcialidad.
Elaboración propia según IMIA 2007, CHIA 2002 y NCIHC 2005.

En realidad, aquí no tiene sentido juzgar cuál de las normas es más apropiada o justificada porque un código deontológico no aporta recetas que se aplican mecánicamente a todas las situaciones ni elimina los dilemas (Martin y Valero Garcés, 2008: 2, se cita en Baixauli, 2014), es decir, no tiene la posibilidad de brindar respuestas definitivas a cada dilema o alternativa que un intérprete puede afrontar.

Sea como sea, en definitiva, la imparcialidad no supone que los profesionales de la interpretación médica deben ser indiferentes o desinteresados con los usuarios de atención sanitaria, sino que, por el contrario, es una manera de garantizar su bienestar y proteger sus intereses, lo que es uno de los valores transcendentales del código deontológico. Mantener la imparcialidad es una misión compleja y sensible que en general recae sobre los intérpretes, como apunta Baixauli (2014: 202): “los códigos en sí mismos no son más que textos, y no sirven de nada si no hay un colectivo que se ocupa de aprobarlos, entenderlos, mejorarlos, aplicarlos...”

3. Parte Práctica

3.1. Metodología de la investigación

Como hemos mencionado en el 2.1.3., las tres partes que intervienen en la comunicación interlingüística e intercultural en el ámbito médico son los proveedores de los servicios sanitarios, los usuarios y los profesionales que hacen posible el intercambio comunicativo y eficaz entre ambos (los intérpretes profesionales y mediadores interculturales). Por ello, la investigación, se centrará en estos 3 sujetos.

El principio de imparcialidad es uno de los más complejos que persiguen los intérpretes y mediadores (Jiménez León, 2015; Sales, 2014). En la vida real, es probable que los profesionales en la interpretación médica sigan alguna estrategia que entre en contradicción con los principios de conducta profesional que establecen los códigos éticos, ya que, en muchos casos tienen que tomar decisiones en tiempo muy limitado o en situaciones urgentes sin ser conscientes de que pueden estar transgrediendo el principio de imparcialidad y hasta qué punto están siguiendo una actitud con parcialidad o con subjetividad. Así pues, el presente estudio se inicia desde la motivación de indagar si los intérpretes podrían cumplir con los requisitos del principio de imparcialidad en las consultas sanitarias, por lo que planteamos la hipótesis de que los profesionales que actúan como puente comunicativo entre los proveedores y usuarios de los servicios médicos no serían capaces de mantenerse siempre completamente imparciales durante su trabajo. Por lo demás, con respecto a los objetivos de este estudio:

Primero, en el proceso de reflexionar los resultados de las encuestas, tratamos de conocer el grado de implantación de los servicios públicos de intérpretes sanitarios

Segundo, desde el punto de vista de los intérpretes sanitarios, intentamos conocer el grado de su conocimiento de los principios éticos en general y del principio de imparcialidad en particular, también procuramos mostrar las situaciones dilemáticas que afectaron su imparcialidad en los casos reales. Además, hacemos un resumen sobre las dificultades que encontraron en su ejercicio laboral para permanecer imparciales.

Tercero, desde el punto de vista de los proveedores y los usuarios de los servicios sanitarios, nos esforzamos por conocer la visión de estos dos grupos sobre la figura de los intérpretes en el contexto sanitario y la importancia de que un intérprete ejerza su labor de modo imparcial. Aquí el grupo de los proveedores no se limita a los médicos o enfermeros, sino también incluye a los trabajadores sociales, el personal administrativo, entre otros, que trabajan en el centro de salud u hospital y cuyo trabajo puede requerir que se comuniquen con los usuarios de origen extranjero.

Después de aclarar los sujetos del estudio práctico, nuestra hipótesis, así como los objetivos que perseguimos, concretamos los pasos de la investigación. En primera instancia, pretendí llevar a cabo una metodología basada en la observación y el análisis de las entrevistas médicas acudiendo personalmente a los centros de salud y hospitales para realizar las encuestas cara a cara y grabar los casos reales en las consultas sanitarias para posteriormente hacer un análisis de las palabras y las actitudes de los intérpretes en el contexto real. No obstante, no resulta posible dadas las circunstancias excepcionales derivadas de la pandemia causada por el Coronavirus Covid-19, por lo que finalmente esta parte práctica de compilación de datos de nuestro estudio de campo se ha realizado a distancia. Los instrumentos utilizados para la compilación de datos han sido los cuestionarios que se han diseñado y difundido con la creación de una encuesta realizada con Google Formulario.

Cabe destacar que, lo que queremos indagar es una cuestión del fenómeno interlingüístico e intercultural desarrollada en la sociedad y la investigación se funda en las experiencias que han vivido personalmente las tres partes que participan en la comunicación en los servicios sanitarios. Por esta razón, la encuesta es una forma apropiada que usamos para generar los datos, puesto que es una de las técnicas de recogida de datos más ampliamente utilizadas en las

investigaciones sociales, que nos permite obtener y analizar no solo la información objetiva, o sea los hechos relacionados con el entorno de la vida social o personal en el que el encuestado es el primer actor, sino también la información con característica subjetiva, como, por ejemplo: actitudes, pensamientos, valoraciones, aspiraciones, etc. del encuestado, que son la base de comportamientos individuales (López-Roldán y Fachelli, 2015).

Nuestro estudio de campo tiene un carácter cuantitativo y descriptivo. A través de la organización y clasificación de los datos generados en las encuestas, ponemos de manifiesto las características y perfiles de la cuestión de la imparcialidad de los intérpretes sanitarios con las tablas o gráficos, que en muchas ocasiones no se perciben inmediatamente (Hernández, Fernández y Baptista, 2006).

Al final, merece la pena destacar que, de momento en España aún no existe un código ético reconocido en el ámbito de interpretación sanitaria, lo que hemos indicado en el apartado 2.2.1., por lo tanto, aquí tomamos las explicaciones y conceptos de las asociaciones estadounidenses (IMIA, CHIA y NCIHC, mencionadas en la parte teórica) sobre el principio de imparcialidad como referencias para hacer comentarios a unas respuestas de los encuestados.

3.2 Diseño y estructura de las encuestas

El diseño de las preguntas en los cuestionarios principalmente está asentado en los objetivos que perseguimos en nuestra investigación, y también añadimos unas preguntas referentes a los datos personales o información básica vinculada con la profesión del encuestado para conseguir respuestas distintas que ponen de manifiesto la realidad de todos los sujetos. En el proceso de diseñar las preguntas en los tres cuestionarios, incluimos preguntas cerradas, tales como, las preguntas dicotómicas (sí o no), las preguntas de elección o respuesta múltiple y las preguntas de escala lineal. Por añadidura, también incluimos unas preguntas abiertas, con el fin de motivar a los participantes a aportar respuestas que nos permitan acumular el máximo de casos particulares que les han pasado, permitiéndonos comprender mejor las circunstancias sociales de la interpretación sanitaria por encima de las teorías. La estructura de las tres encuestas (véanse las encuestas completas en los anexos) es la siguiente:

Cuestionario 1 sobre la imparcialidad (desde el punto vista de los intérpretes sanitarios)

- Como punto de partida, recogemos los datos personales sobre los intérpretes encuestados: el género, la edad, el país de origen, la lengua materna, las lenguas de trabajo (interpretación sanitaria) y la formación académica. (No.1-No.6)
- A continuación, se incluyen preguntas sobre la formación específica en interpretación o en mediación y la información general de trabajo (No.7-No.10)
 - 7. ¿Tiene formación específica en interpretación? ¿y en mediación? En caso afirmativo indique de qué tipo y duración
 - 8. ¿Cuánto tiempo lleva dedicándose a la interpretación sanitaria?
 - 9. ¿De qué nacionalidad son las personas para las que interpreta?
 - 10. ¿Con quiénes ha trabajado durante la interpretación?
- El motivo de las preguntas No.11-No.13 consiste en saber el conocimiento de los intérpretes profesionales tanto sobre los códigos éticos como los principios contenidos en los mismos (el segundo objetivo).
 - 11. ¿Está familiarizado con los códigos deontológicos de la interpretación sanitaria? En caso afirmativo, ¿podría indicar con cuál /cuáles?

12. ¿Cuáles cree que son los principios de actuación recogidos en los códigos éticos/deontológicos de los intérpretes sanitarios? confidencialidad/imparcialidad/precisión/desarrollo profesional/resolución de conflictos/solidaridad profesional/otros
13. ¿Cuáles son los principios más importantes en su opinión?
- Las preguntas diseñadas también para completar nuestro segundo objetivo, conocer la comprensión de los intérpretes sanitarios sobre el principio de imparcialidad, son las (No.14-No.16):
 - 14. ¿Cree que tales principios ejercen influencias en sus prácticas reales? ¿Por qué?
 - 15. ¿Qué entiende usted por “principio de imparcialidad”?
 - 16. ¿Qué importancia otorga al principio de imparcialidad? Nada importante 1 - muy importante 5
 - Y con el motivo de exponer el dilema de la interpretación en el ámbito médico y las dificultades que les impiden permanecer imparciales, se formulan las siguientes preguntas (No.17-No.20):
 - 17. ¿Cree que ha mantenido al 100% la imparcialidad en su trabajo en el contexto sanitario?
 - 18. ¿Qué tipo de problemas que afectan a la imparcialidad suelen suceder en las consultas médicas?
 - 19. ¿Han considerado en alguna ocasión los proveedores o los usuarios del servicio sanitario (el personal sanitario y los pacientes o sus familiares) que actuaba de modo parcial? (Falta de imparcialidad)
 - 20. ¿En qué medida considera que los profesionales sanitarios y los usuarios de estos servicios reconocen su profesión? Nada 1 - perfectamente 5
 - Finalmente se incluye una pregunta abierta también mediante la cual procuramos mostrar las decisiones y estrategias seguidas en las situaciones dilemáticas, así como sus correspondientes consecuencias (No.21):
 - 21. ¿Le importaría compartir algún caso real que haya vivido relacionado con el tema de la imparcialidad? Qué ocurrió, cómo reaccionó y cómo resultó.

Cuestionario 2 sobre la imparcialidad (desde el punto vista de los profesionales sanitarios)

- En esta encuesta, primero recogemos también la información personal de los trabajadores sanitarios: el género, la edad, el país de origen, la lengua materna y otros idiomas que conoce/habla y niveles correspondientes. (No.1-No.5)
- Las preguntas siguientes pretenden especificar el trabajo concreto al que los profesionales se dedican y cuál es el origen cultural de los usuarios de origen extranjero que atienden mayoritariamente. (No.6-No.8)
 - 6. Su profesión:
médico de cabecera/médico especialista/enfermero/personal administrativo/trabajador social/otros
 - 7. ¿Ha atendido a pacientes de origen extranjero?
 - 8. Si en la pregunta anterior ha respondido “sí”, ¿de qué nacionalidad suelen ser

las personas a las que atiende?
rumanos/marroquíes/italianos/chinos/búlgaros/ucranianos/polacos/ ingleses/
hispanoamericanos/otros

- Las siguientes preguntas están diseñadas en relación con el objetivo tercero: conocer la visión de los proveedores de los servicios sanitarios sobre la figura de los intérpretes en el entorno sanitario y la importancia que tiene para ellos que un intérprete sea imparcial (No.9-No.17):

9. ¿Ha trabajado alguna vez con un intérprete profesional?

10. Si en la pregunta No.9 ha respondido "sí", ¿cómo evalúa el trabajo de los intérpretes sanitarios? Nada útil 1 - Muy útil 5

11. Si en la pregunta No.9 ha respondido "no", ¿cómo ha logrado comunicarse con los usuarios extranjeros?

12. ¿Cree que es importante que exista un servicio público de intérpretes en los centros de salud y hospitales?

13. ¿Cuáles cree que son los principios del código ético/deontológico más importantes que deben guiar la conducta profesional de los intérpretes sanitarios? confidencialidad/imparcialidad/precisión/desarrollo profesional/resolución de conflictos/solidaridad profesional/otros

14. ¿Qué entiende usted por "principio de imparcialidad"?

15. Cree que los intérpretes profesionales:

- Deberían mantener la imparcialidad en todos los casos
- Podrían posicionarse a favor de una o ambas partes en las consultas médicas para resolver los conflictos
- No les haría falta ser imparcial

16. ¿Qué importancia otorga al principio de imparcialidad? Nada importante 1 - muy importante 5

17. ¿Cree un intérprete profesional puede mantener al 100% la imparcialidad en su trabajo en el contexto sanitario? ¿Por qué?

- Por último, procuramos obtener información sobre casos concretos y conocer las expectativas que tienen sobre cuál debe ser el papel y la conducta profesional de los intérpretes en este ámbito. (No.18-No.20)

18. Si ha trabajado con un intérprete sanitario, ¿alguna vez ha tenido la sensación de que estaba actuando de forma parcial? (Falta de la imparcialidad)

19. Si en la pregunta anterior ha respondido "sí" o "tal vez", ¿qué ocurrió en dicho caso?

20. Otras sugerencias o ideas sobre la interpretación en el ámbito médico.

Cuestionario 3 sobre la imparcialidad (desde el punto vista de los usuarios de los servicios sanitarios)

- Igual que las anteriores, el primer paso es reunir la información básica de los participantes. Ahora bien, aparte de plantear las preguntas sobre el género, la edad, el país de origen, la lengua materna y otros idiomas que conoce/habla y niveles correspondientes (No.1-No.5), también preguntamos sobre el nivel de español y de educación, el tiempo que lleva viviendo

en España (No.6-No.8), pues estos son los elementos que afectan la comunicación interlingüística y en cierta medida determinan de manera indirecta sus puntos de vista sobre los intérpretes profesionales.

- A efectos de señalar las medidas que los pacientes extranjeros toman para comunicarse con el personal sanitario en las consultas médicas, formulamos las preguntas No.9-No.10:

9. ¿Ha ido al centro de salud u hospital en España? ¿Cuál es/ Cuáles son?

10. Si la respuesta anterior es "sí", ¿cómo se ha comunicado con el personal sanitario?

- Hablo bien español y he podido comunicarme con ellos
 - Hablo poco español, pero he intentado a comunicarme con ellos con palabras sencillas, o gestos, miradas, etc.
 - Un familiar, amigo o vecino me ha acompañado, ellos saben español
 - He pagado a los estudiantes u otras personas que sean bilingües y me han interpretado
 - Existe un servicio público de intérpretes en los centros de salud y hospitales
 - Otros:
- Las preguntas restantes No.11-No.21 son casi iguales a las No.9-No.20 en el cuestionario destinado a los profesionales sanitarios con el mismo objetivo de poner de manifiesto las opiniones e ideas de la profesión de intérpretes médicos y la comprensión de imparcialidad desde el punto de vista de los usuarios. En consecuencia, no volvemos a exponer las preguntas.

3.3 Recogida de datos

Según la temporalidad, nuestra encuesta es sincrónica y seccional (López-Roldán y Fachelli, 2015) porque reflejamos la cuestión de la imparcialidad de los intérpretes médicos en el momento actual en la sociedad española de hoy en día y administramos los tres cuestionarios a la vez. Tan pronto como terminamos el trabajo de redactar los cuestionarios, empezamos a ponernos en contacto con los encuestados. Este trabajo se fundamenta en el marco sanitario español, de modo que los destinatarios a los que dirigimos los cuestionarios deben ser los intérpretes profesionales y el personal sanitario que trabajan en España, así como los habitantes de origen extranjero que ahora viven o antes han vivido en este territorio.

El máster de TISP de la Universidad de Alcalá cada año exige que los estudiantes realicen las prácticas en las instituciones con el motivo de que ellos puedan aplicar lo que aprenden en las clases a las prácticas sociales. Y en la página web universitario <http://www3.uah.es/master-tisp-uah/listado-convenios-master/> se ofrece una lista de las entidades en las que se realizaron prácticas en cursos anteriores. Buscamos por internet la información de contacto (emails, Facebook, blogs, etc.) en las webs oficiales de las empresas que ofrecen el servicio de interpretación sanitaria y de los centros de salud u hospitales en tal lista. La razón por la que tomamos esta medida para obtener los contactos constituye que consideramos que sería mayor la posibilidad de recibir las respuestas desde las instituciones que firmaron convenios con nuestra universidad. A continuación, enviamos los cuestionarios por correo electrónico o por Facebook a diez empresas de interpretación y tres centros de salud y siete hospitales dando un plazo de una semana para finalizarlos, indicando que son totalmente anónimos.

En lo que se refiere a los usuarios de los servicios sanitarios, como en la actualidad es complicado que nos desplazemos a las instituciones sanitarias para encuestar a los usuarios

extranjeros. En este caso, enviamos el cuestionario a las asociaciones de extranjeros en España por correo electrónico. Igual que en el caso anterior, buscamos su información de contacto por internet. Mientras tanto, otra manera viable es pedir la colaboración a los conocidos que tienen amigos que cumplen con nuestro requisito. El plazo para la realización de los cuestionarios que damos a los usuarios también es una semana.

3.4 Participantes y limitaciones de las encuestas

En el transcurso de una semana, sucesivamente recibimos ocho respuestas desde los intérpretes sanitarios, tres desde el personal sanitario y doce desde los usuarios extranjeros de servicios médicos. En vista del escaso número de cuestionarios recibidos, volvemos a enviar los correos a los tres grupos encuestados en los que les damos un periodo de cinco días más para rellenar los cuestionarios con el objeto de recoger la mayor cantidad posible de contestaciones. Después de cinco días, recibimos más respuestas de los grupos encuestados: una más desde los intérpretes sanitarios y dos más respectivamente desde los profesionales médicos y los usuarios extranjeros. Cabe mencionar que, como todas las encuestas son anónimas, no se puede identificar de qué empresas son los intérpretes, en qué centros de salud u hospitales trabajan los proveedores de servicios médicos, así como si los participantes de la encuesta destinada a los usuarios provienen de alguna asociación de extranjeros o son amigos de nuestros conocidos. Finalmente, obtenemos cuestionarios respondidos de 9 intérpretes médicos, 5 trabajadores sanitarios y 14 usuarios extranjeros.

Queremos poner de relieve que, por una parte, debido a la situación inesperada provocada por la crisis de Covid-19, todos los trabajadores sanitarios experimentan un tiempo duro y es complejo esperar que ellos respondan nuestro cuestionario mientras se encargan de un trabajo de alta intensidad, en consecuencia, al final solo conseguimos que cinco profesionales sanitarios en total nos ayuden en este caso. Por otra parte, en cuanto al cuestionario para los usuarios de origen extranjero cuyas preguntas también están redactadas en español, consideramos que cabe resaltar que en cierta medida es difícil para aquellos usuarios que tienen un nivel básico de leer o escribir en español, por ello, la mayor parte de los usuarios que participan en nuestro estudio viven o han vivido un tiempo relativamente largo en España y consideran que su nivel de lengua española es mediano o incluso avanzado. Además, la mitad de los encuestados de nuestra tercera encuesta son de origen chino. Este resultado se debe a que yo soy china y me resulta más fácil tener contactos con las comunidades chinas que viven o han vivido en España, a pesar de que también esperábamos recibir respuestas en la medida de lo posible desde otras comunidades de origen extranjero en este país.

Por todo lo que indicamos en el anterior, al fin y al cabo, no somos capaces de negar que nuestra investigación sufre unas limitaciones en algún sentido, una consiste en que la cantidad de las respuestas no alcanza el número deseado por lo que algunos resultados no son suficientemente convincentes y la otra trata referida a que nos falta la diversidad de los datos de muestra. Por consiguiente, vamos a sacar las conclusiones en base a los datos presentes que podemos adquirir con la esperanza de que en el futuro habrá más investigaciones que las confirmen.

3.5 Análisis de los resultados

3.5.1. Respuestas de los intérpretes sanitarios

El género predominante de los intérpretes sanitarios que rellenan el cuestionario es mujer con un 77.8% de los informantes (Gráfico 1). La edad menor de los encuestados es de 27 años y la mayor, de 64 años, es decir, la edad de los intérpretes varía entre los 27 y los 64 años (como

se muestra en el Gráfico 2).

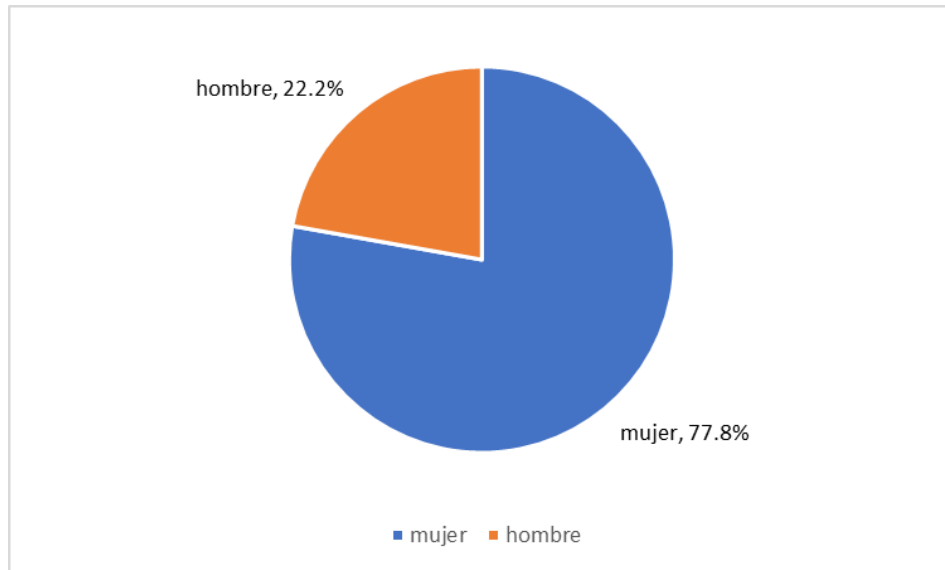


Gráfico 1. Género de los intérpretes encuestados

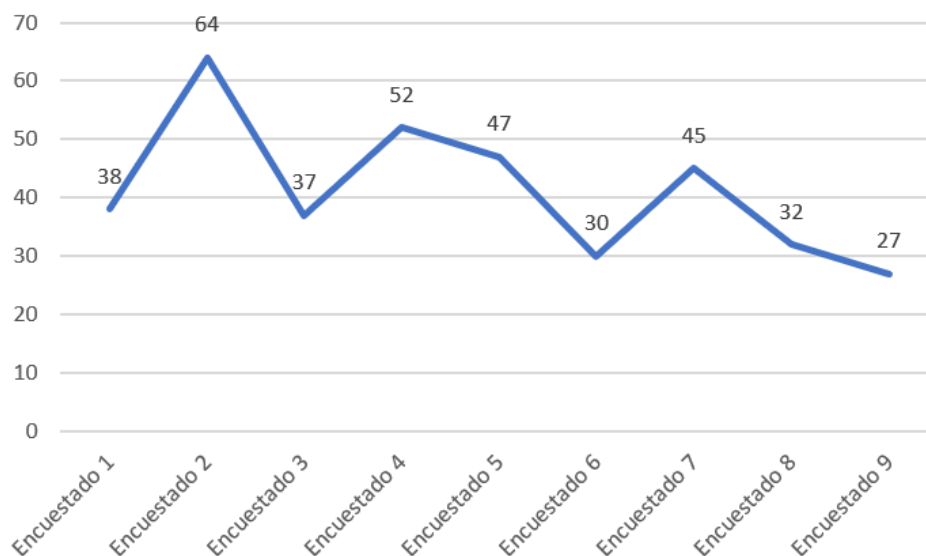


Gráfico 2. La edad de los intérpretes encuestados

En lo que se refiere al país de origen, el 44.4% de los encuestados son nacidos en España, el 22.2% son de China frente al 33.3% de los mismos vienen de otros países como Bulgaria, Rumanía e Italia (Gráfico 3). Y la lengua materna de estos intérpretes respectivamente es español, chino, búlgaro, rumano e italiano. Además de la lengua materna, todos los intérpretes manejan otro idioma para ser competentes en su trabajo de interpretación (77.7%), y el 22.2% de ellos manejan más de dos idiomas como sus lenguas de trabajo.

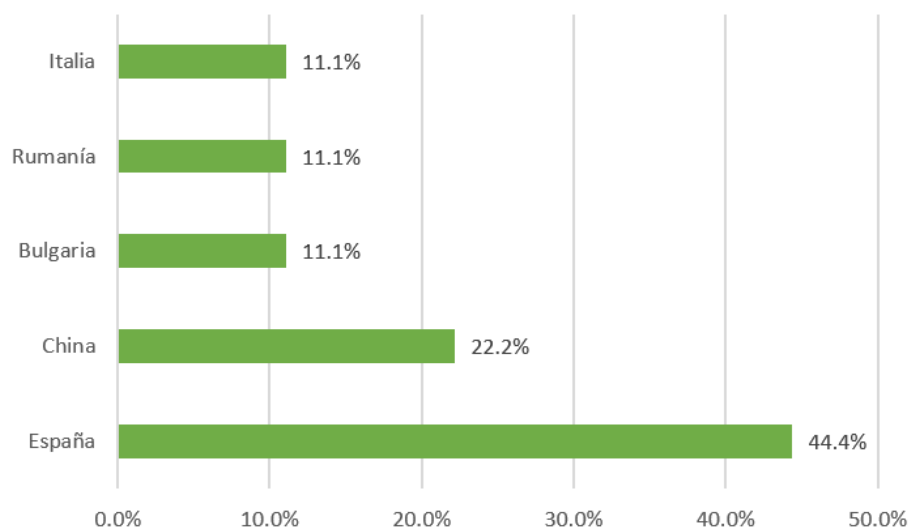


Gráfico 3. País de origen de los intérpretes encuestados

La sexta pregunta en la que preguntamos por su formación académica nos ayuda en mostrar la situación de la profesión de intérpretes en el ámbito sanitario en España. De acuerdo con las respuestas recibidas, elaboramos el Gráfico 4. En el gráfico, un 66.7% tiene formación de grado, un 22.2% también tiene una formación de posgrado e incluso un 11.1% está cursando el doctorado. Se nota que este sector requiere que sus trabajadores cuenten con una educación de nivel superior, por lo menos de título licenciado, lo que es un elemento de garantizar la calidad del trabajo de interpretación.

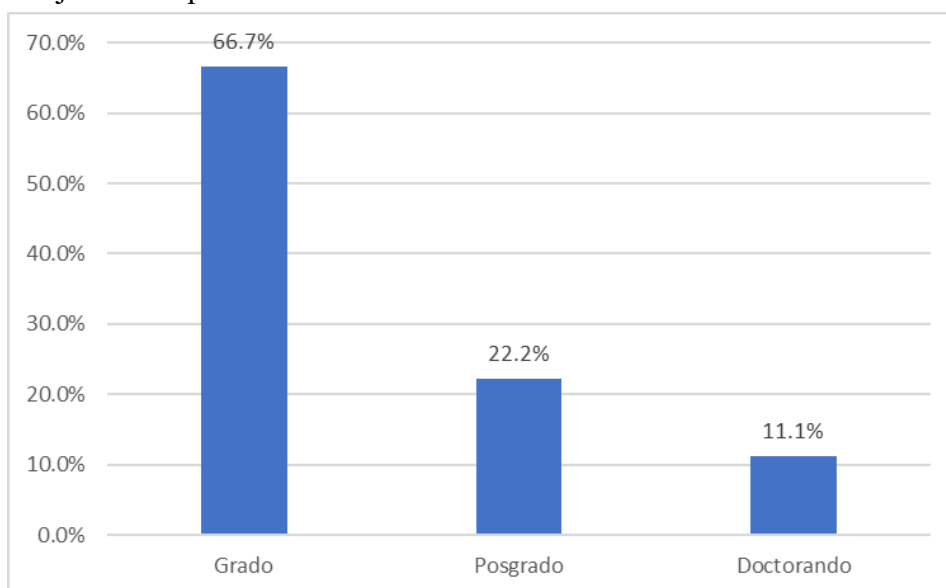


Gráfico 4. Formación académica de los intérpretes encuestados

Aparte de la formación académica, también hacemos la pregunta No. 7 para comprobar si los encuestados han recibido la formación específica en interpretación o en mediación. Seis de ellos responden que sí (66.7%), de los cuales uno concreta que se especializa en la interpretación y traducción jurada. Y según estas respuestas afirmativas, podemos conocer que el estudio universitario o el curso del máster es el canal más común y principal para adquirir la formación profesional en esta carrera. Dos encuestados especifican el tipo de su formación, uno es de Licenciatura en Traducción e Interpretación con Especialidad en Interpretación por la

Universidad de Granada y el otro es de Máster de la Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos (no indica el nombre de la universidad). Y de momento no todos los intérpretes que trabajan en el área sanitario disponen de la formación específica correspondiente. Visto que no todos concretan el nombre de su estudio, no se puede llegar a un porcentaje específico.

Según los datos adquiridos desde la pregunta No.8, el tiempo que los participantes llevan dedicándose al oficio varía desde medio año hasta la máxima de 30 años (30 años de interpretación en general, incluida la sanitaria). En otras palabras, entre los que responden a nuestro cuestionario, hay recién incorporados que acaban de entrar en la industria, así como intérpretes profesionales con mucha experiencia.

Y en la pregunta No.9, la nacionalidad de las personas para las que estos profesionales interpretan es múltiple: búlgara, japonesa, británica, china, italiana, francesa, rumana, inglesa, africana, española, etc. Desde aquí, podemos confirmar la realidad de que el sistema de salud de España sí acoge muchos usuarios de diferentes países presentando una sociedad pluriétnica y multicultural.

El Gráfico 5, elaborado conforme a las respuestas de la décima pregunta, pone de manifiesto que los profesionales sanitarios con los que trabajan los intérpretes encuestados en el ámbito sanitario más frecuentemente son los médicos especialistas (todos los profesionales que rellenan el cuestionario han trabajado con ellos), el siguiente grupo son los médicos de cabecera (88.9%), los enfermeros (77.8%), los trabajadores sociales (66.7%) y el personal administrativo (55.6%). Nos damos cuenta de que un intérprete no solo sirve como un puente lingüístico entre los pacientes y médicos, sino también tienen que ponerse en contacto con otros trabajadores que desempeñan su labor en los centros de salud u hospitales.

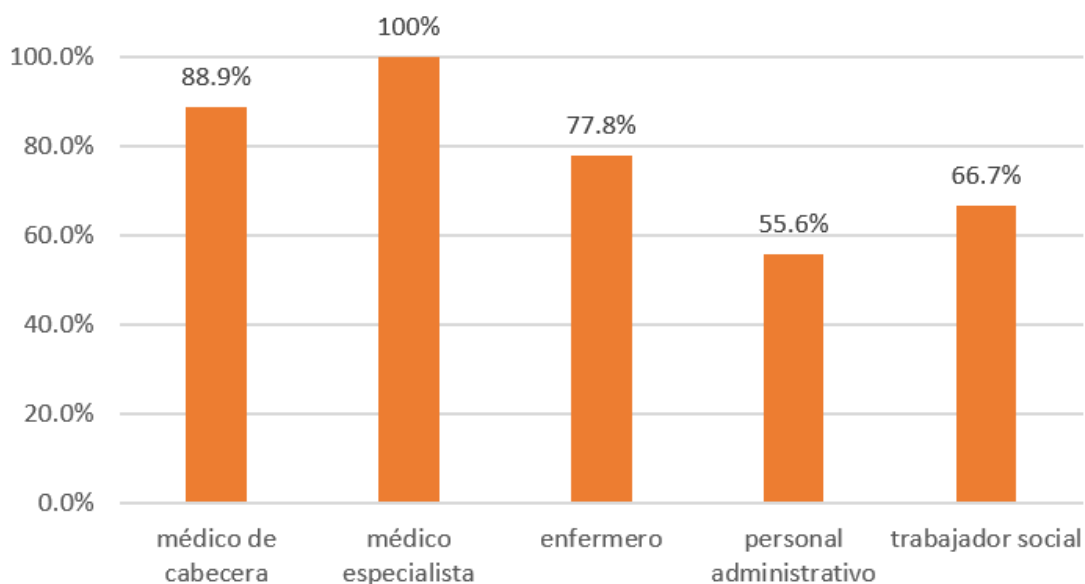


Gráfico 5. Los trabajadores sanitarios con los que los intérpretes trabajan durante la interpretación

Después de hacer un resumen de la presentación de los intérpretes, pasamos a las preguntas relacionadas con el tema sobre los códigos deontológicos concretamente en el área sanitaria y el principio de imparcialidad. Vistas las repuestas de la pregunta No.11, seis personas (66.7%) expresan que están familiarizadas con tales códigos. Sin embargo, no todas, incluso las que tienen la formación específica en interpretación de las mismas pueden indicar exactamente con cuáles.

A continuación, con el fin de conocer el grado de conocimiento de los intérpretes de los principios deontológicos en general, en la No.12 les preguntamos a los intérpretes cuáles creen que son los principios de actuación recogidos en los códigos éticos de los intérpretes sanitarios, mientras que en la No.13, preguntamos cuáles son los principios más importantes. Formulamos las dos preguntas con el motivo de saber el grado de conocimiento e ideas de los intérpretes profesionales tanto sobre los códigos éticos como los principios contenidos en los mismos, así como la importancia de cada principio en su opinión. Y luego, hacemos Gráfico 6 y Gráfico 7 y los comparamos:

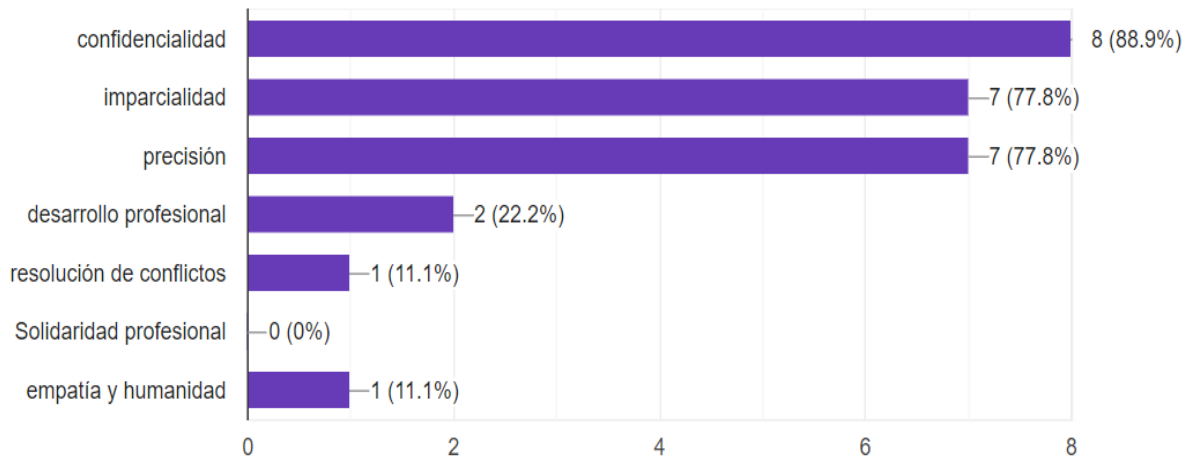


Gráfico 6. Los principios de actuación que los intérpretes creen que recogen los códigos deontológicos

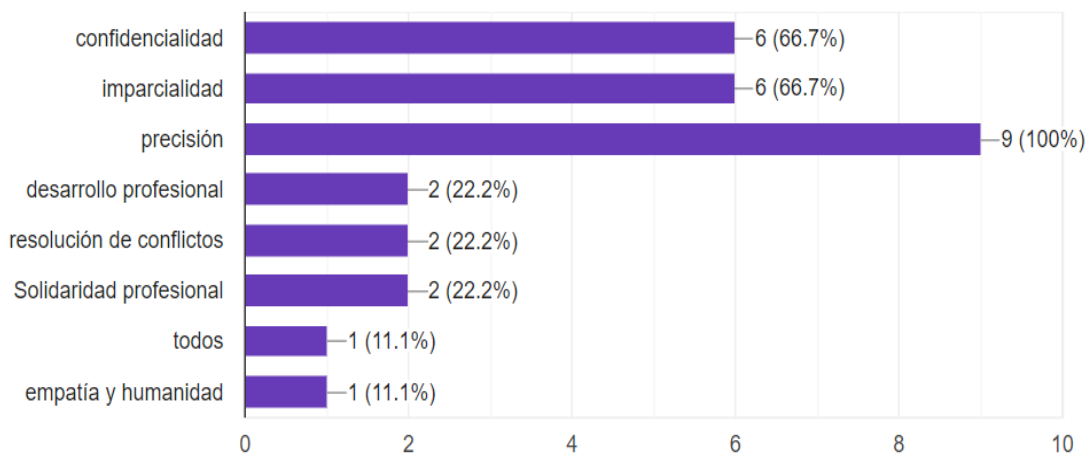


Gráfico 7. Los principios que los intérpretes consideran más importantes.

Según dos gráficos de arriba, se puede ver que la confidencialidad (88.9%), imparcialidad (77.8%) y precisión (77.8%) son los tres principios más elegidos, mientras que el desarrollo profesional (22.2%), resolución de conflictos (11.1%) y solidaridad profesional (0%) son pocos reconocidos como los principios éticos. Además, nos llama la atención un principio añadido por una encuestada referido a la empatía y humanidad. Ella considera que los intérpretes deben sentir empatía con los usuarios en la atención sanitaria y tener sensibilidad y compasión hacia su situación.

Cuando hablamos sobre los principios más importantes, los informantes eligen “precisión” en el primer puesto (100%), lo cual significa que todos los intérpretes en esta encuesta

consideran que es importante garantizar que el contenido e intención de la información transmitida son precisos y fieles del idioma de origen al otro de destino. Con respecto a la confidencialidad y la imparcialidad, ambos son los segundos principios cruciales en cuanto a la cantidad de elección (66.7%), así que podemos decir que, estos dos no son los principios a los que los intérpretes otorgan mayor importancia en la interacción, aunque sí se consideran mucho más importantes que los restantes, como son el desarrollo profesional (22.2%), la resolución de conflictos (22.2%), la solidaridad profesional (22.2%), así como la empatía y humanidad (11.1%).

En la pregunta No.14 sobre las influencias ejercidas por los principios mencionados en las prácticas reales, las respuestas se dividen en dos grupos: un grupo de seis personas (66.7%) cree que los principios sí influyen en su modo de trabajo y mientras que el otro grupo de tres personas (33.3%) opinan de manera diferente (Gráfico 8).

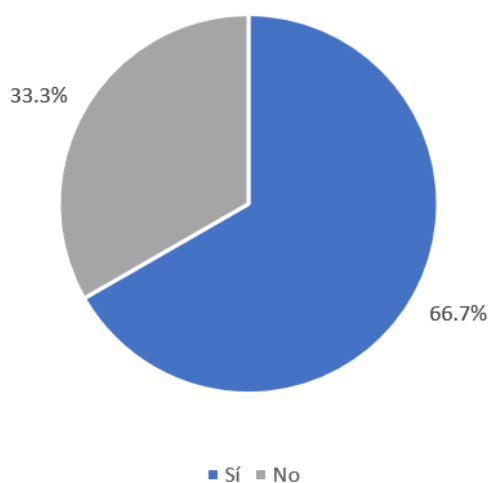


Gráfico 8. Consideración sobre si los principios tienen influencias en las prácticas reales de los intérpretes sanitarios

Del gráfico y las respuestas recogidas se desprende una realidad de que la mayoría de los intérpretes tienen consciencia tanto de la necesidad de los códigos deontológicos como de las influencias ejercidas de los principios recogidos de los mismos. Las razones de sus respuestas positivas se centran en dos aspectos: uno trata de que los principios son los estándares para determinar la profesionalidad de los intérpretes y tienen que cumplir lo que les piden en los protocolos; en cuanto al otro aspecto, unos intérpretes coinciden en que seguir los principios es favorable para su trabajo, ya que como apunta una informante “me recuerda en cada momento cómo trabajar bien con las dos partes” y “confieren equilibrio y estabilidad”. Y, como acabamos de mencionar, un 33.3% sostiene la opinión opuesta. Las razones por las que piensan que tales principios no tienen influencias en sus prácticas reales son “Sólo necesito interpretar los contenidos importantes de la conversación”, “No, porque ya los tengo radicados y asumidos” y “No sé. No entiendo en qué sentido”. Desde aquí, descubrimos que no todos los profesionales de interpretación sanitaria consideran de alta importancia los principios éticos, y este resultado no tiene que ver con el tiempo de dedicación laboral visto que el tiempo que llevan los tres intérpretes en la interpretación sanitaria es 2 años, 4 años y 18 años respectivamente, pero sí tiene alguna vinculación con la formación específica en interpretación dado que dos de los tres no la han recibido. Por ello, podemos deducir que, si un intérprete no recibe una formación relacionada, es probable que no conciba la importancia de los códigos éticos.

Al siguiente, hacemos la pregunta No.15 interrogando qué entienden por “principio de imparcialidad”. En las respuestas, nos comentan los encuestados sus entendimientos y los

exponemos abajo:

- *Que sea neutral, eliminar la subjetividad, opiniones, sentimientos.*
- *Prestar el servicio sin discriminación alguna*
- *No actuar a favor de los intereses de las partes, que ellos tomen las decisiones por su parte, no sustituir a alguna de las partes, saber cómo trabajar como una persona que solo hace que la comunicación sea eficaz*
- *No tener una opinión propia*
- *La no intromisión en el mensaje ni alinearme con una de las partes.*
- *Rectitud, equidad.*
- *Interpretar todas las palabras.*
- *No ponerse de parte del paciente ni del médico*
- *Ser neutral. No tomar partido. No tener preferencia por una de las partes.*

Hacemos un resumen breve de estas nueve respuestas que aluden tres normas cruciales del principio de imparcialidad. En primer lugar, “No actuar a favor de los intereses de las partes”, “ni alinearme con una de las partes”, “Rectitud, equidad”, “No ponerse de parte del paciente ni del médico”, “sin discriminación alguna”, así como “No tomar partido. No tener preferencia por una de las partes”, todos se dirigen a un requisito básico de ser imparcial, es decir, no deben posicionarse a favor ni en contra de ninguna parte en el encuentro. En segundo lugar, unos comentan que “eliminar la subjetividad, opiniones, sentimientos” y “no tener una opinión propia”. Estas respuestas indican lo que exige el principio de imparcialidad: un intérprete debe ser invisible. No importa si están de acuerdo con el contenido de comunicación o no, siempre se abstendrá de interponer opiniones personales, creencias o prejuicios en la atención médica. Por último, algunos encuestados también mencionan el respeto de la autonomía de cada parte y su derecho a hablar por sí mismos, como “ellos tomen las decisiones por su parte”, “no sustituir a alguna de las partes” y “no intromisión en el mensaje”.

A pesar de que cada encuestado puede identificar correctamente uno o dos conceptos del mismo principio de imparcialidad, a nadie se le ocurre la idea de abstenerse de las tareas cuando tiene la posibilidad de que la imparcialidad pueda ser afectada, la cual es una norma común que exige el principio de imparcialidad recogido en los códigos de IMIA, CHIA y NCIHC, lo que significa que, en opinión de los intérpretes, la cuestión de imparcialidad no es tan importante como para retirarse de aceptar el encargo de interpretación. Desde aquí, constatamos que los intérpretes entienden bien unos conceptos contenidos del principio de imparcialidad, pero no cubren todos los aspectos.

La pregunta No.16 gira en torno a la importancia que otorgan los intérpretes al principio de imparcialidad. Conforme al resultado (Gráfico 9), se nota que el principio que estudiamos ocupa un puesto importante en la visión de los intérpretes.

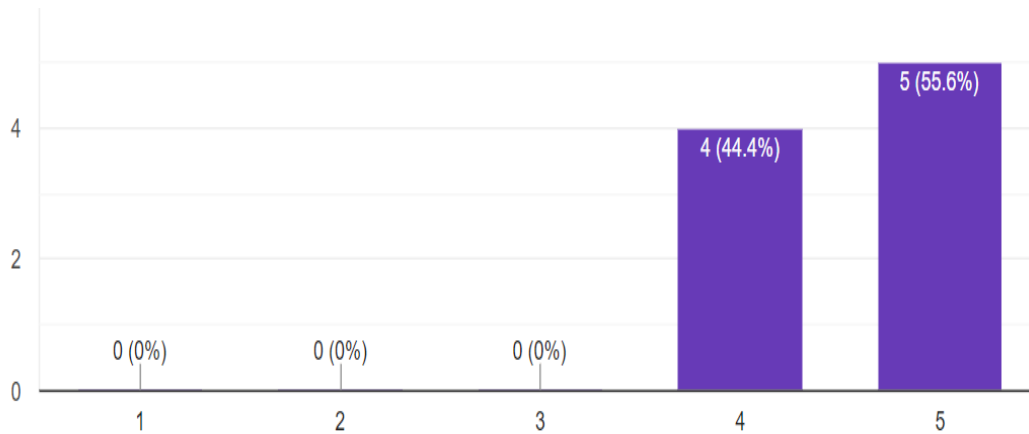


Gráfico 9. La importancia del principio de imparcialidad en opinión de los intérpretes sanitarios (Nada importante 1 - muy importante 5)

A continuación, pasamos a la pregunta No.17, la cual presenta que solo un poco más de la mitad de los intérpretes (55.6%) creen que han mantenido la imparcialidad totalmente en su trabajo, frente al 33.3% no está seguro si la ha mantenido o no y el 11.1% no lo ha conseguido (Gráfico 10). Y entre los encuestados cuyas respuestas son “no” o “tal vez”, dos de ellos han recibido formación en interpretación y tres entienden aspectos de lo que requiere el principio de imparcialidad. De esto, podemos concluir que no todos los intérpretes son capaces de mantenerse siempre imparciales en su trabajo, aunque tienen formación específica.

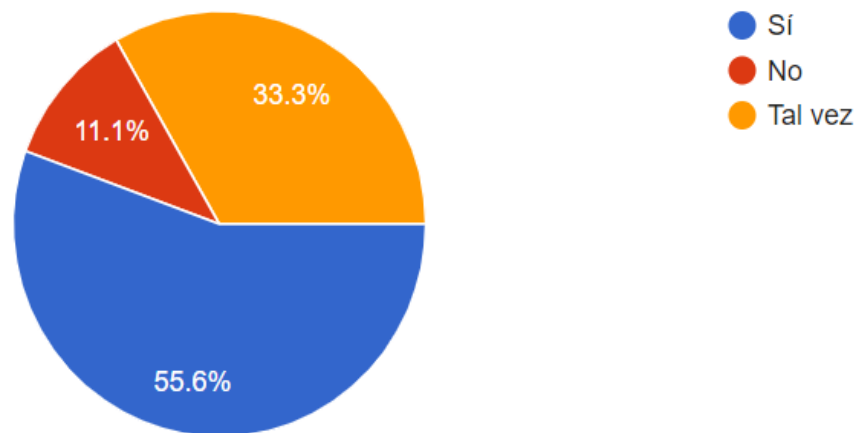


Gráfico 10. Capacidad de mantener 100% la imparcialidad en la interpretación sanitaria

La siguiente No.18 es una pregunta abierta mediante la cual intentamos tener conocimiento de las dificultades encontradas que afectan el mantenimiento de imparcialidad en las consultas médicas. Primero, el mal trato y la impaciencia con el paciente por parte del profesional sanitario ponen la imparcialidad del intérprete en riesgo y el intérprete se posiciona de parte del paciente sin darse cuenta. Segundo, los pacientes mienten de vez en cuando. Debido a la cuestión privada o al hecho de que el tema tratado les da vergüenza, los usuarios de servicios sanitarios no siempre quieren decir la verdad. Y en tal caso, cuando se da cuenta de que el paciente está mintiendo, el intérprete se encuentra en un dilema. Si opta por recordar al paciente las consecuencias que traen las mentiras o informar al personal sanitario de la información real

en vez de interpretar directamente el contenido dirigido, violará el requisito de ser invisible, tal como “no juzgar el contenido de los mensajes para tomar decisiones sobre qué se debe transmitir o no, o cómo se debe transmitir” en NCIHC (2005), pero si no reacciona nada, los mensajes falsos que recibe el personal sanitario llevará influencias negativas sobre el tratamiento hacia los pacientes. Asimismo, el comportamiento ofensivo o actitud agresiva de los pacientes en la consulta médica deja al intérprete en una situación complicada y naturalmente interviene para resolver los conflictos. Por lo demás, la cultura puede convertirse en un elemento que obliga a que los intérpretes crucen la línea roja de imparcialidad, según lo que indica un encuestado, cuando un paciente insiste en ciertas ocasiones por mantener su tradición o costumbre cultural, un intérprete tiene que intervenir y explicar esa diferencia cultural si los profesionales sanitarios no la entienden. Por último, la empatía con los usuarios de los servicios públicos en el sector sanitario también es un impedimento en el camino de seguir la imparcialidad. Ante la percepción de que los pacientes están sufriendo, los intermediarios tenderán a sentir simpatía espontáneamente compartiendo el mismo estado de ánimo, lo que afectará ciertos juicios profesionales.

En la pregunta No.19 preguntamos si en alguna ocasión los proveedores o los usuarios del servicio sanitario han considerado que actuaba de modo parcial, un 66.7% de los intérpretes que responden nuestro cuestionario dicen que no, a su vez el 33.3% sí que han experimentado la situación mencionada (Gráfico 11). Lo que atrae nuestra atención es que, uno de los encuestados que ha mantenido la imparcialidad siempre en todo su trabajo de interpretación según su respuesta en la pregunta No.17, pero en esta pregunta dice que las otras dos partes (pacientes y profesionales sanitarios) han considerado que ha faltado la imparcialidad en el ejercicio de su labor. Pues a veces es inevitablemente que los intérpretes se encuentren en ese dilema laboral debido a que los interlocutores tienen sus propios criterios u opiniones de juzgar el trabajo de intérpretes y es difícil satisfacer a todos.

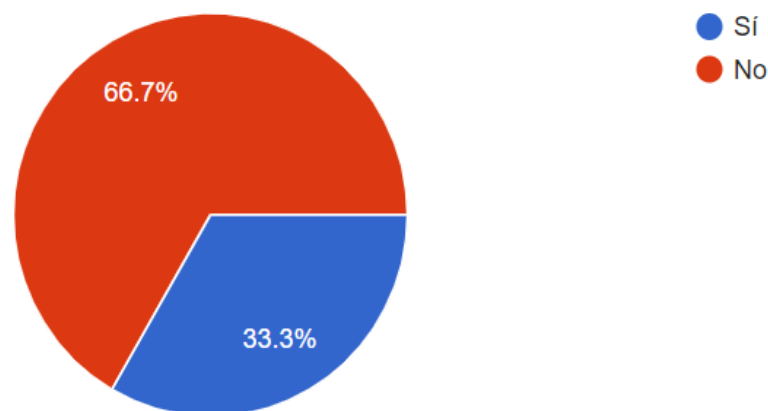


Gráfico 11. Opiniones de los proveedores o usuarios del servicio sanitario con respecto a si el intérprete ha actuado de forma parcial

La pregunta No. 20 nos ayuda a conocer el panorama del reconocimiento de la profesión entre el personal sanitario y usuarios. De acuerdo con el gráfico elaborado con las contestaciones obtenidas (Gráfico 12.), podemos inducir que en la sociedad española actual esta profesión emergente ha ganado la admisión y los profesionales sanitarios y los usuarios han empezado a conocerla puesto que ninguno de los encuestados marca “no la reconocen en absoluto 1”. Sin embargo, aún nos queda un camino largo que recorrer, en vista de que el 33.3% piensa que su oficio es reconocido perfectamente frente a que el 11.1% tiene un parecer muy

distinto creyendo que es poco reconocido.

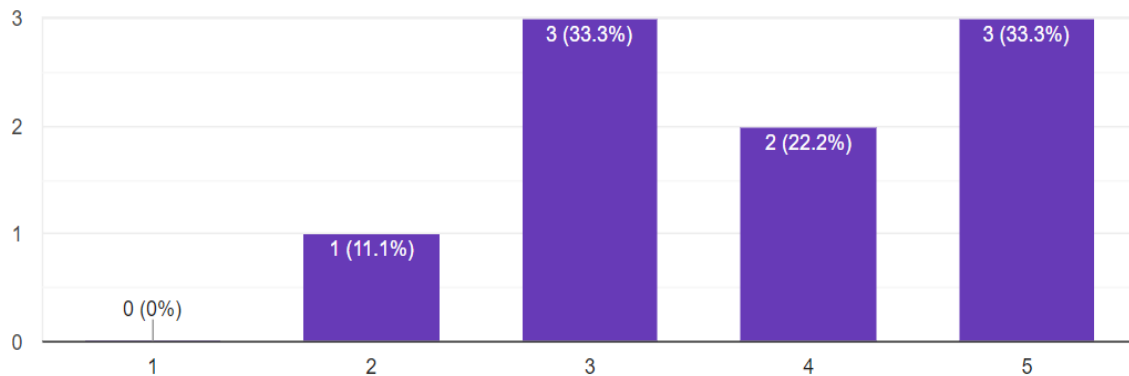


Gráfico 12. Situación de reconocimiento de los profesionales sanitarios y los usuarios (no la reconocen en absoluto 1 - Reconocen perfectamente 5)

Pasamos a comentar los resultados de la última pregunta en la que invitamos a los encuestados a compartir algún caso real que hayan vivido con respecto al tema del principio de imparcialidad. Sin embargo, al final solo cuatro intérpretes nos cuentan sus casos y aquí los presentamos:

Caso 1

La actitud del médico era muy impaciente, parecía que no quería atendernos, el paciente se preocupaba, no sabía lo que estaba pasando. Yo misma estaba un poco enfadada con la actitud del médico, entonces, le dije que su actitud no era lo adecuado, puesto que el paciente no merece que sea tratado de esta manera, ella ha venido para que le ayude. En ese momento, me di cuenta de que no estoy cumpliendo la imparcialidad, dado que me estoy poniendo del lado del paciente y no he podido controlarme. Al final, el médico se disculpó.

En este caso, el paciente recibió un trato impaciente del médico, lo cual posicionó a la intérprete a favor del paciente sin controlarse. Ella, un poco enfadada, dirigió sus críticas al médico en el encuentro sin ser invisible, lo que está prohibido por el principio de imparcialidad. Como apuntan los códigos de las tres asociaciones, “un intérprete debe abstenerse de introducir temas, creencias, opiniones o preferencias personales en la entrevista” (IMIA, 2007), “Abstenerse de interponer opiniones personales, creencias o prejuicios dentro de la interacción paciente/proveedor de atención médica, aunque los intérpretes estén en desacuerdo con el mensaje, o lo perciben como incorrecto, falso, o inmoral”(CHIA, 2002), así como “El intérprete no permite que los juicios personales o los valores culturales influyan en la objetividad”(NCIHC, 2005), por tanto, no es una actitud adecuada por parte de la intérprete en relación a la imparcialidad. Y eso también corresponde a lo que han indicado en la pregunta No.18 los intérpretes, que la actitud inadecuada del personal sanitario dificulta que los intermediarios cumplan los requisitos del principio de imparcialidad.

Caso 2

Creo que la imparcialidad también depende de cómo se mire. Puede que intente favorecer a alguien que considere que está siendo tratado mal debido a la incomprensión hacia la cultura de esa persona. En ese caso desde el punto de vista profesional se puede considerar que no fui imparcial. Sin embargo, sería aún más parcial si dejara que se creara un conflicto debido a eso. Creo que me he perdido en lo que he dicho.

Lo que la intérprete nos presenta constituye una situación de un callejón sin salida en su trabajo. ¿Un intérprete debería ayudar a resolver los conflictos provocados por los malentendidos culturales con tal que pueda ser considerado que no actúa de forma neutral o, dejarse llevar los desacuerdos para satisfacer los estándares establecidos en códigos de conductas con la posibilidad de ser más parcial? Ella misma se siente atrapada en este apuro y cree que una reacción o comportamiento puede entenderse de diferente manera por las partes. Es evidentemente que “intente favorecer a alguien que considere que está siendo tratado mal debido a la incomprensión hacia la cultura de esa persona” viola la norma de no a favor o en contra de ninguna parte, como en CHIA(2002), “abstenerse..., de apoyar a una de las partes”, así que en principio debe observar lo que exige el principio sin tomar ninguna medida, pero ¿qué haría la mismísima intérprete si la cuestión se vuelve más compleja? Eso no cuenta con una respuesta en el código, como apunta Hale (2007: 129, se cita en Baixauli, 2014: 207), en ocasiones el código ético ofrece soluciones difíciles de aplicar o simplemente no ofrece una solución explícita.

Caso 3

El paciente pensaba que por ser rumano se le mantenía aislado en una habitación. Se le explicó que las medidas se habían tomado debido a su enfermedad y que se actuaba de la misma forma con todas las personas que se encontraban en aquella situación.

Cuando el paciente creía que recibía una atención desigual a causa de su nacionalidad, la intérprete se lo explicó para consolar al paciente y evitó los conflictos potenciales. En esta condición, si bien es más probable que su explicación se base en las experiencias laborales o en realidad, también podemos considerarla como una intromisión en el mensaje porque el profesional sanitario no había dicho nada en el caso. Por lo tanto, en este caso, la intérprete no pudo conseguir ser transparente en el trabajo.

Caso 4

En un caso de violencia de género, me sentí enfadada y no era imparcial. Bueno, sé que debía controlar bien mis sentimientos, pero en ese caso, no podía...Después de terminar el trabajo, necesitaba un tiempo para recuperarme...

La empatía con el/la paciente también establece un obstáculo en el camino de perseguir la imparcialidad. En el caso con el tema de violencia de género, la intérprete sentía mucho lo que

había pasado la paciente y se posicionaba en su parte. Por añadidura, como hemos dicho en el marco teórico, sirviendo de mensajero de información, a veces es inevitable transmitir algunos mensajes desagradables o embarazosos, los cuales también traen la emoción negativa a los intérpretes. Así pues, esta intérprete no llega a abstenerse de las tareas con la posibilidad de que la imparcialidad pueda ser afectada, de conformidad con la norma de CHIA (2002): “solicitar permiso para retirarse si percibe que continuar con la sesión de interpretación podría causar angustia mental o emocional innecesaria al intérprete, debido a un trauma o experiencias personales, lo cual podría interferir con la interpretación”.

3.5.2. Respuestas de los proveedores de los servicios sanitarios

Como ya hemos contado en el anterior, debido al impacto de la epidemia de Covid-19, solo recibimos 5 respuestas desde los profesionales sanitarios de España. Por tanto, en el posterior nuestro análisis se basa en los datos e información contenidos en estos 5 cuestionarios. Entre los encuestados, tenemos 3 mujeres y 2 hombres, lo que respectivamente corresponde al 60% y 40% de total (como se muestra en el Gráfico 13). Su edad varía entre 30 y 63 años (Gráfico 14). Y su profesión correspondientemente es: médico especialista en formación, técnica superior en laboratorio clínico, enfermero, técnico y médico especialista.

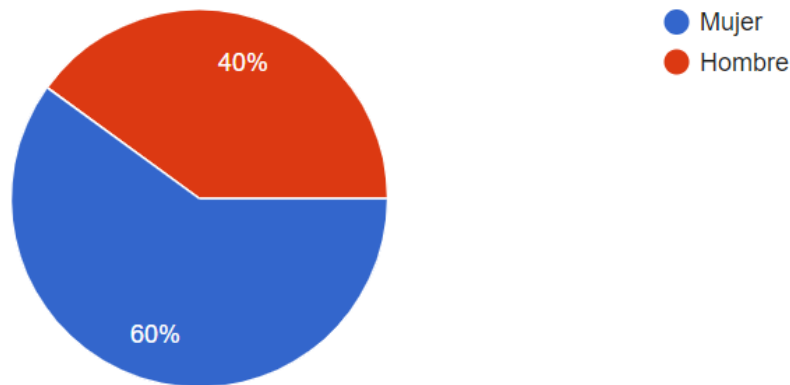


Gráfico 13. Género de los proveedores de los servicios sanitarios encuestados

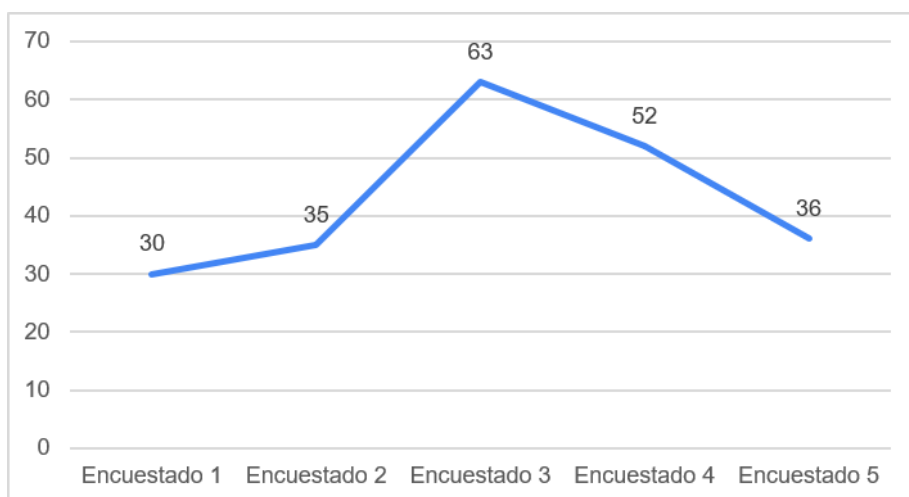


Gráfico 14. La edad de los proveedores de los servicios sanitarios encuestados

Todos los profesionales sanitarios encuestados son españoles, de los que algunos tienen

castellano (español) como lengua materna (40%) y los otros, catalán (60%). Entre los hablantes nativos de castellano (español), unos también conocen inglés de grado medio y catalán de nivel básico; mientras que los nativos de catalán, también saben hablar castellano, inglés y francés. Sabemos que la región de Cataluña es adyacente a Francia, por lo que naturalmente algunos residentes locales hablan más o menos francés. Por ello, podemos deducir que el segundo idioma dominado por el personal médico español es principalmente inglés, seguido de los idiomas de los países vecinos.

Cuando les preguntamos en la pregunta No.8 si alguna vez han atendido a pacientes extranjeros, cuatro responden que sí, representando el 80% del total de los encuestados, y uno manifiesta que no (20%). Y el 75% de los que responden afirmativamente señalan que los extranjeros que han recibido principalmente son marroquíes, y el 25% restante declara que ha atendido a los hispanohablantes (como se muestra en la Gráfico 15). A partir de esto, inferimos que es común que el personal médico español se encuentre con pacientes de origen extranjero en el trabajo. Además, la alta probabilidad de atender a los marroquíes corresponde al hecho de que la comunidad marroquí es uno de los principales componentes de la inmigración en España, lo que se menciona en la parte teórica. Por supuesto, esto no significa que los pacientes extranjeros solo sean los marroquíes o las personas de países de habla hispana. Dada la limitada cantidad de nuestra muestra, solo se puede reflejar parte de la realidad.

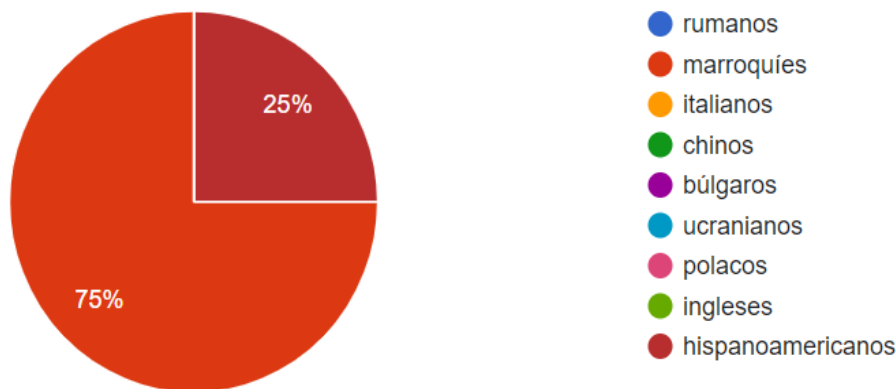


Gráfico 15. La nacionalidad de los pacientes extranjeros que han atendido los proveedores de los servicios sanitarios

En la No.9, preguntamos si estos proveedores de servicios sanitarios han trabajado alguna vez con intérpretes profesionales, y todos dicen que no, lo que significa que el 100% de los encuestados nunca se han encontrado con un intérprete médico a lo largo de su trabajo, a pesar de tener oportunidad de atender a los extranjeros.

A continuación, en la pregunta No.10 intentamos que los encuestados evalúen el trabajo de intérpretes sanitarios (Nada útil 1 - Muy útil 5), no obstante, como nadie ha trabajado con los intérpretes profesionales, no pueden responder esa pregunta.

En respuesta a la pregunta No.11 en la que preguntamos a los encuestados cómo se comunica con pacientes extranjeros sin intérpretes, cuatro de ellos, que han atendido a pacientes extranjeros alguna vez, presentan los siguientes métodos de comunicación:

- *Un poco de francés i por señas*
- *Por mí misma, intentando hacer que me entiendan*
- *En castellano i catalán*
- *En inglés si no hablaban mi idioma*

De aquí se puede ver que los proveedores de servicios médicos se comunican con los usuarios mediante un tercer idioma (como el inglés o francés) que ambos pueden entender, o lenguaje no verbal (como señas) o por sí mismos. Nadie ha pedido ayuda a los intérpretes profesionales.

Después de recopilar cierta información personal y condiciones básicas de trabajo del personal médico, comenzamos a dirigir las preguntas sobre los intérpretes sanitarios y los códigos éticos para conocer las ideas del personal médico. Según lo que se muestra en los resultados de la pregunta No.12 (Gráfico 16), el 60% de los profesionales sanitarios encuestados piensan que es importante que exista un servicio público de intérpretes en los centros de salud y hospitales, mientras que el 40% restante tiene una opinión reservada. Así pues, se nota que no todo el personal médico se da cuenta completamente de la importancia de la necesidad de los intérpretes en el ámbito sanitario.

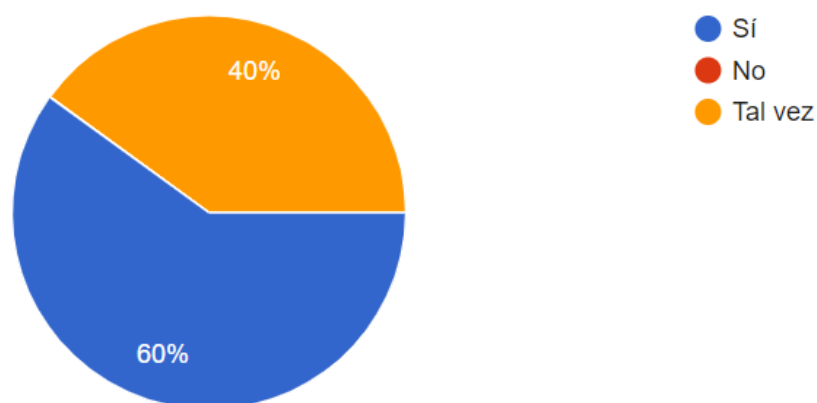


Gráfico 16. Importancia de servicios de intérpretes en opinión de los proveedores de servicios sanitarios

En la pregunta 13, planteamos la misma pregunta que en la encuesta anterior: ¿Cuáles cree que deberían ser los principios más importantes en el código de ética que guía el comportamiento profesional de los intérpretes médicos? Los resultados se muestran en el Gráfico 17. Todos los profesionales sanitarios han elegido la confidencialidad y la imparcialidad (100%), es decir, todos coinciden en que un intérprete calificado debe garantizar no divulgar el contenido de la interpretación respetando la privacidad e intimidad de la información que transmite, y ser imparcial en el encuentro sanitario. La solidaridad profesional ocupa el siguiente puesto según el número de selecciones (60%), pues se pone de manifiesto que más de la mitad del personal médico cree que los intérpretes deben respetarse mutuamente y poner la lealtad a la profesión que se extiende más allá de su interés individual. Por último, un 40% de los encuestados marcan resolver el problema y el 20%, desarrollo profesional, lo que demuestra que, para la mayoría del personal médico, el trabajo principal de un intérprete no es resolver conflictos ni el desarrollo profesional. Sin embargo, lo que más nos sorprende consiste en que ninguno de los 5 profesionales sanitarios cree que la precisión sea importante.

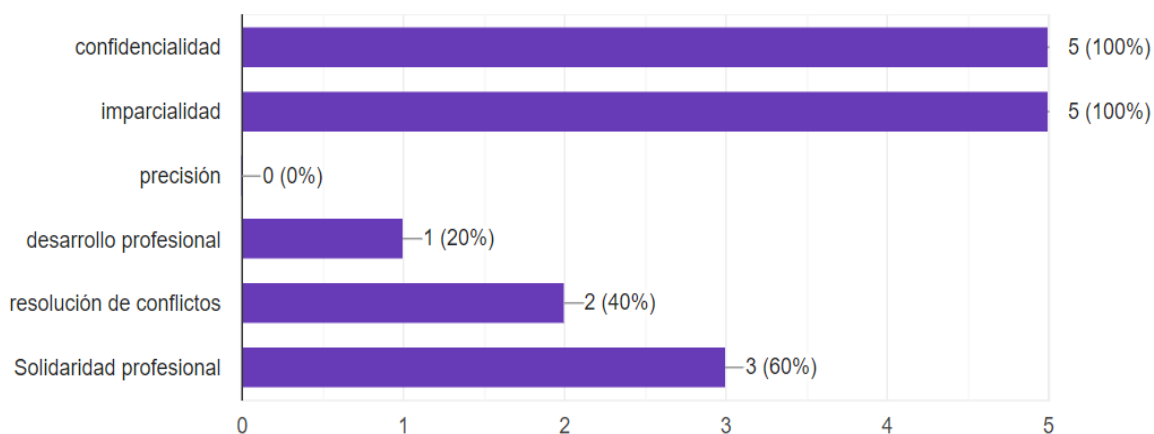


Gráfico 17. Los principios que los proveedores de servicios sanitarios consideran más importantes

En cuanto a la comprensión del principio de imparcialidad, los proveedores de servicios sanitarios indican en la pregunta No.14 que:

- *Tratar a todas las personas de la misma manera, sean de la etnia que sean*
- *Que en una discusión no esté a favor de ninguno*
- *Ser profesional indistintamente de la raza, condición sexual, religión e ideología*
- *Que todos seamos iguales delante de las mismas circunstancias*
- *El no posicionarse a favor de una de las partes*

A la luz de estas respuestas, los encuestados han mencionado las ideas relacionadas con igualdad y neutralidad, las que corresponden a los requisitos de “No estar a favor o en contra de ninguna parte” y “ser invisible” de las asociaciones IMIA, CHIA y NCIHC, mostrando que tienen comprensión correcta y básica sobre el principio de imparcialidad. No obstante, no tienen en cuenta otros requisitos de imparcialidad, tales como: retirarse de las tareas con la posibilidad de que la imparcialidad pueda ser afectada, respetar la autonomía de las partes, no proporcionar sugerencias y opiniones, etc.

Con el fin de conocer la actitud de que los proveedores de servicios sanitarios sobre qué opinan que los intérpretes deban hacer en el proceso de interpretación real, establecemos la pregunta No.15. De acuerdo con la Gráfico18, podemos ver que el 80% de informantes piensan que los intérpretes deberían mantener la imparcialidad en todos los casos, y el 20% cree que los intérpretes podrían posicionarse a favor de una o ambas partes en las consultas médicas para resolver los conflictos. En otras palabras, la gran mayoría de los trabajadores médicos creen que los intérpretes profesionales deben respetar sus códigos de conducta siempre respetando el principio de imparcialidad en el trabajo.



Gráfico 18. La actuación que deben tomar los intérpretes en opinión de los proveedores de los servicios sanitarios

En la siguiente pregunta No.16, los proveedores de servicios sanitarios ponen una nota sobre la importancia de imparcialidad (Nada importante 1 - muy importante 5). Como el Gráfico19, la mayoría otorga suma importancia (60%), y los demás otorgan 4 puntos (40%). A partir de aquí, se desprende que la imparcialidad tiene una posición muy importante a los ojos del personal médico, y este resultado es consistente con los resultados en la pregunta No.13.

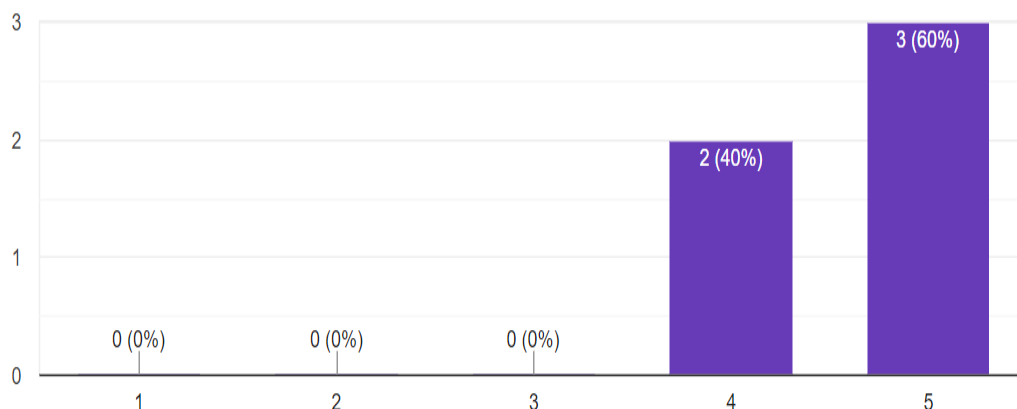


Gráfico 19. La importancia del principio de imparcialidad en opinión de proveedores de los servicios sanitarios (Nada importante 1 - muy importante 5)

En la pregunta 17, esperamos que los encuestados brinden su propio punto de vista sobre si los intérpretes pueden mantener el 100% de imparcialidad en su trabajo. En sus respuestas, cuatro creen que los intérpretes pueden mantener la imparcialidad por completo, porque "los profesionales debemos por encima de todo ser imparciales y dar confianza a la persona que estamos tratando" y "No hay necesidad de tomar parte para ayudar a comunicar". Otra persona que sostiene una idea diferente da la razón de que "los intérpretes tendrán sus propias opiniones".

Nuestra siguiente pregunta No. 18 es, si ha trabajado con un intérprete médico, ¿alguna vez ha tenido la sensación de que él estaba actuando de forma parcial? Como ninguno de los encuestados tienen esa experiencia, no responden esta pregunta. Del mismo modo, en la

pregunta No.19, tampoco sean capaces de describir lo que sucedió con el intérprete.

Al igual que el cuestionario para intérpretes, la última pregunta de presente cuestionario para los proveedores de servicios sanitarios también es de carácter abierta en la que los encuestados pueden ofrecer sus sugerencias o ideas sobre la interpretación en el ámbito médico. Exponemos 3 respuestas vigentes:

- *Un intérprete debe aportar comunicación con enfermos i sanitarios, y a estos últimos hacer partícipes de todo lo que preocupa al enfermo*
- *es muy necesaria en muchas ocasiones*
- *Transmitir la información clara y concisa*

Según las sugerencias anteriores, unos proveedores de servicios sanitarios reconocen la necesidad de intérpretes y esperan que puedan hacer un buen trabajo en la transmisión de información, construir un puente de información entre ellos y los pacientes, para que las necesidades y solicitudes de los pacientes puedan ser mejor atendidas.

3.5.3. Respuestas de los usuarios de los servicios sanitarios

Recibimos un total de 14 cuestionarios desde los usuarios de servicios médicos, de los cuales la mayoría son mujeres con el 85.7% de total y la minoría son los hombres, con un porcentaje de 14.3% (Como se muestra en la Gráfico 20). El informante más joven es de 19 años, y el mayor es de 49 años, pues los jóvenes y las personas de mediana edad son los principales participantes en esta encuesta (Gráfico 21).

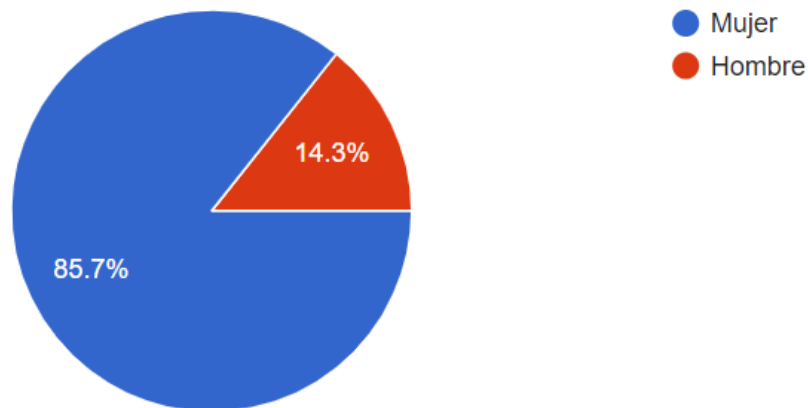


Gráfico 20. Género de los usuarios de servicios sanitarios encuestados

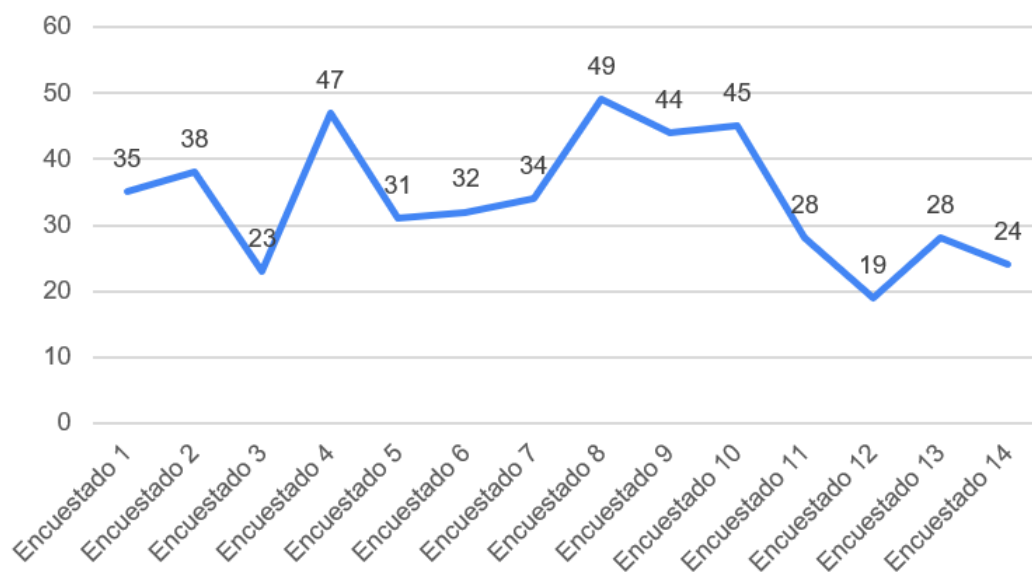


Gráfico 21. La edad de los usuarios de servicios sanitarios encuestados

De los 14 usuarios de servicios sanitarios, la mitad viene de China cuya lengua materna es chino y los otros son respectivamente de Rusia, Bolivia, Rumania, Argentina, Alemania, Japón y Bangladesh cuya la lengua materna correspondientemente es ruso, español, rumano, español, alemán, japonés y bengalí.

Además de lengua materna, desde las respuestas de la pregunta No.5 descubrimos que todos los informantes hablan al menos un idioma extranjero (100%) y tres de ellos conocen dos idiomas extranjeros (21.4%), y uno de ellos incluso puedan hablar tres idiomas extranjeros (7.1%). En otras palabras, estas personas son bilingües o multilingües, lo que les resulta más conveniente vivir en países o regiones extranjeras.

En la próxima pregunta No.6, queremos informarnos del nivel de español de los encuestados, porque esto a menudo determina cómo se comunican con el personal médico durante el proceso de consulta y su necesidad de intérpretes médicos. Conforme a sus respuestas, el 42.9% de ellos se consideran tener un nivel avanzado de español, el 42.9%, un nivel medio de español, y el 14.3%, un nivel básico (Gráfico 22). Tal y como hemos señalado en el apartado 3.4, el cuestionario está escrito en español por lo que unos que solo tienen un conocimiento básico de español tiene un cierto grado de dificultad en completarlo. Entonces, la mayoría de los encuestados conoce español a nivel medio o alto.

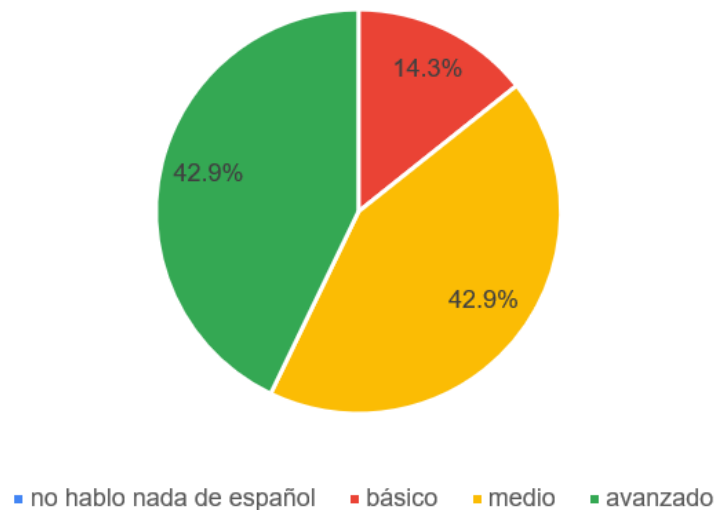


Gráfico 22. Nivel de español de los usuarios de servicios sanitarios encuestados

A continuación, nos enteramos del nivel más alto de educación y la duración de residencia en España de los encuestados y elaboramos dos gráficos. De Gráfico 23, vemos que entre los usuarios que completan el cuestionario, más de la mitad cuenta con títulos de licenciatura y posgrado, ocupando un porcentaje de 64.3% del total. A su vez, el 21.4% tiene educación de bachillerato, y unos solo reciben educación primaria y secundaria, representando el 7.1% cada uno.

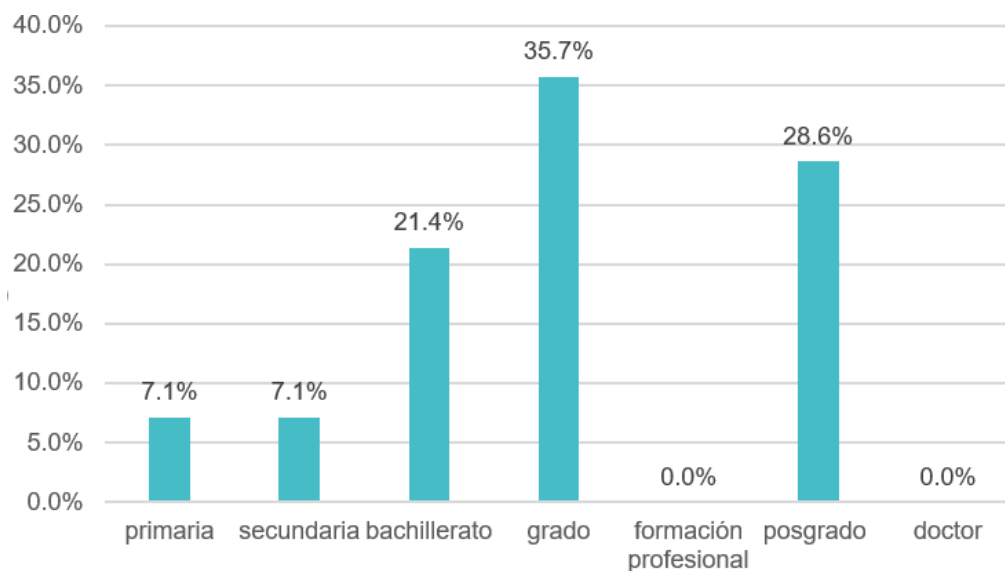


Gráfico 23. Nivel de educación (más alto) de los usuarios de servicios sanitarios encuestados

A la luz de Gráfico 24, nos damos cuenta de que la mayor parte de los encuestados llevan mucho tiempo viviendo en España. El 57,1% ha vivido en el país durante más de 10 años, el 14,3%, de 7 a 9 años, y una pequeña cantidad de ellos ha vivido en España menos de 3 años, lo que ocupa el 28,6% del total. Un largo periodo de residir en España relativamente les ayuda a

conocer más cerca del sistema español de servicios sanitarios.

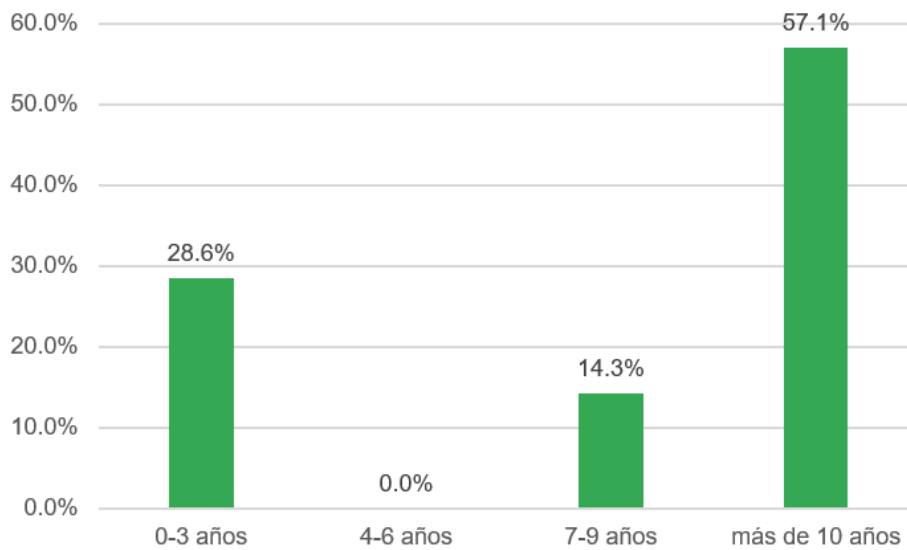
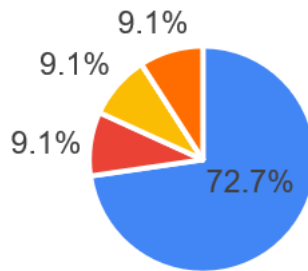


Gráfico 24. Periodo de residir en España de los usuarios de servicios sanitarios encuestados

La pregunta No.9 en la que preguntamos si los encuestados han ido al centro de salud u hospital en España. De estas 14 personas, 11 personas responden que sí tienen esa experiencia, de las que algunas han visitado más de un centro de salud u hospital o más de una vez, así pues, se desprende que la mayoría de los extranjeros que viven en España tienen experiencia de ir a los centros sanitarios.

En la próxima pregunta No.10, a aquellos usuarios les preguntamos cómo se han comunicado con el personal médico y de acuerdo con las respuestas (como se muestra en el Gráfico 25) de los 11 usuarios que han ido a hospital o centro de salud, 8 informantes manifiestan que tienen un buen nivel de español y pueden comunicarse con el personal médico por su cuenta (el 72.7% de 11 personas); Uno de ellos dice que no habla español muy bien, pero que ha tratado de comunicarse con el personal del centro de salud u hospital a través de palabras simples, expresiones faciales y gestos (9.1%); Uno dijo que su familia, amigos o vecinos lo ha acompañado al centro de salud o al hospital, lo que significa que los bilingües que no han recibido capacitación formal sirven como intérpretes (9.1%); Hay uno, y el único, indica que ha recibido el servicio de interpretación médica (9.1%).



- Hablo bien español y he podido comunicarme con ellos
- Hablo poco español pero he intentado a comunicarme con ellos con palabras sencillas, o gestos, miradas, etc.
- Un familiar, amigo o vecino me ha acompañado, ellos saben español
- He pagado a los estudiantes u otras personas que sean bilingües y me han interpretado
- Existe un servicio público de intérpretes en los centros de salud y hospitales

Gráfico 25. Método que han utilizado los usuarios de servicios sanitarios para comunicarse con el personal sanitario

¿Han recibido los servicios de intérpretes médicos profesionales en España? Formulamos esta pregunta en la siguiente pregunta 11. Según sus respuestas, solo una persona ha recibido tal servicio, ocupando un 7.1% de total (como el Gráfico 27), que es consistente con el resultado en la pregunta 10. Hasta cierto punto, esto puede reflejar lo mucho que falta por hacer a nivel institucional respecto a la provisión de los servicios de interpretación en los servicios sanitarios. Una gran cantidad de extranjeros no reciben los servicios de intérpretes profesionales cuando van al médico.

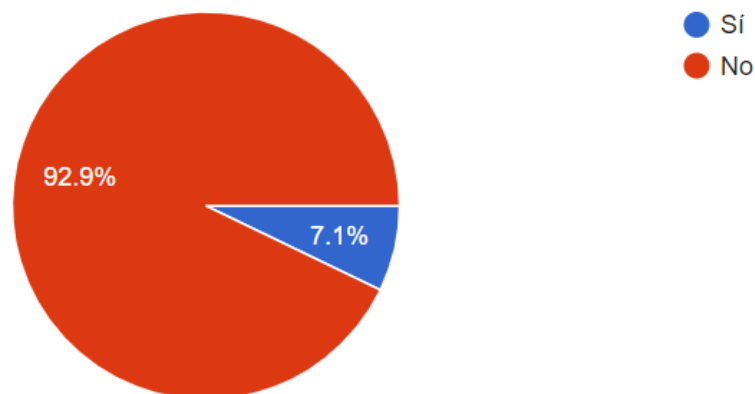


Gráfico 26. Situación de recibir el servicio de intérpretes sanitarios

Dado que solo uno de los encuestados ha recibido los servicios de un intérprete médico, nuestra pregunta No. 12 solo adquiere una respuesta para evaluar el trabajo del intérprete (Nada útil 1-Muy útil 5). La evaluación es realizada por una mujer de Rumania de 47 años de edad, con educación secundaria. Su lengua materna es el rumano. Ella ha vivido en España durante 14 años. Esta mujer elige 2 puntos, lo que significa que el intérprete médico fue "un poco útil".

Esta nota no es muy ideal, lo que puede estar relacionada con la calidad más o menos de la interpretación y el buen nivel de español de la mujer.

Para comprender la percepción de los usuarios de servicios sanitarios sobre la importancia de la profesión de intérpretes médicos, también establecimos la misma pregunta (No.13) que el cuestionario anterior. Los resultados son como se muestran en la Gráfico 28. El 85.7% de usuarios tienen la consideración de que es importante ofrecer el servicio de intérpretes sanitarios en centros de salud y hospitales, y el 14.3% piensa que tal vez pueda ser importante. En comparación con los resultados de la encuesta para los profesionales sanitarios (el 60% de los profesionales sanitarios creen que es importante), por lo que apreciamos que los usuarios de servicios sanitarios otorgan más atención e importancia al servicio público de intérpretes sanitarios que los profesionales sanitarios.

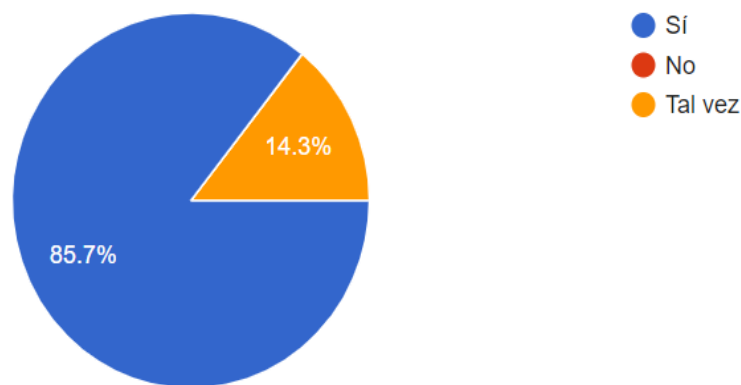


Gráfico 27. Importancia de servicios de intérpretes sanitarios en opinión de los usuarios de servicios sanitarios

En la pregunta No.14, pretendemos conocer los principios éticos más importantes desde el punto de vista de los usuarios de servicios médicos. Las respuestas se muestran en el Gráfico 29: el 78.6% de los usuarios creen que la precisión es uno de los principios más importantes para los intérpretes; la confidencialidad ocupa el segundo puesto, visto que el 71.4% de los usuarios son conscientes de su importancia ; luego es imparcialidad, representa el 57.1%, que es más de la mitad del número total; al siguiente es el desarrollo profesional y la resolución de problemas, cada uno representa el 50%; por último, es la solidaridad profesional, solo un 28,6% de los encuestados marcan este principio.

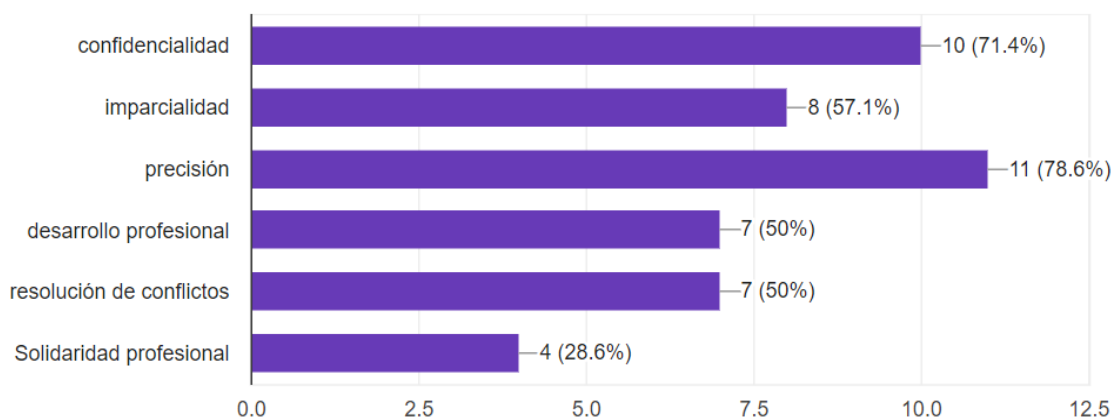


Gráfico 28. Los principios que los usuarios de servicios sanitarios

consideran más importantes

Aquí llevamos a cabo un análisis comparativo de las respuestas de las tres encuestas (para los intérpretes, los proveedores y usuarios de servicios sanitarios). Nos damos cuenta de que el principio de precisión, más elegido por los intérpretes y usuarios de servicios sanitarios, ninguno de los cinco proveedores de servicios sanitarios que rellenan nuestro cuestionario lo consideran muy importante para guiar la conducta profesional de los intérpretes, lo que forma una diferencia muy distintiva. Pese a que el número de cuestionarios que recopilamos desde los proveedores es limitado por lo que es posible que no pueda aportar una situación real, esta brecha destacada nos permite llegar a una conclusión moderada: en comparación con proveedores de servicios sanitarios, los intérpretes y los usuarios prestan más atención a la precisión del contenido transmitido. Los intérpretes profesionales han de asegurar que lo que interpreta sea fiel a lo que diga interlocutor sin agregar o eliminar información en el proceso debido a sus requisitos profesionales. Por parte de los usuarios, debido a su desconocimiento de idioma español y la preocupación de su condición de salud, tienen ganas de informarse exactamente de lo que digan los proveedores sanitarios, eliminando dudas sobre su condición de salud y siguiendo las indicaciones de ellos para obtener un tratamiento efectivo. En cambio, en el proceso de comunicación, si el personal sanitario no recibe la información que desea por la interpretación imprecisa, el mismo puede volver a preguntar y confirmar nuevamente para recuperar la interacción.

En la pregunta No.15, los encuestados expresan su comprensión sobre el principio de imparcialidad y aquí mostramos algunas de las respuestas con valor de referencia:

- *Sin prejuicio*
- *Una persona no puede inclinarse en favor de una u otra persona por motivos personales mientras que ejerce labor profesional.*
- *Tratar a las personas de igual forma, sin importar procedencia, ni religiones ni creencias, ni ninguna otra cosa que le parezca diferente.*
- *El intérprete debe interpretar todos los contenidos de ambos participantes para que el paciente tome decisión propia*
- *Que las partes se comuniquen entre ellos y el intérprete solo traduce, no puede influirles*
- *No estar a favor de ninguno, actuar solo como uno que facilita comunicación*
- *Que el intérprete sea neutral.*
- *De tratar, igualmente, a distintos pacientes. Que todos ellos tienen accesibilidad al servicio sanitario.*
- *No tomar partido/ no valorar una opinión por encima de otras*
- *La forma de juzgar la imparcialidad debe ser juzgada por las normas bajo un sistema. Siempre y cuando estas normas no sean violadas, es imparcial y no necesariamente satisfacer a todos.*

Al observar estas respuestas, se han referido a los requisitos de ser neutral e invisible sin prejuicio, no posicionarse a favor de ninguna parte, respetar la autonomía de los interlocutores y el derecho a tomar decisiones por sí mismos, etc., los que se mencionan también en las respuestas de intérpretes y del personal médico. Sin embargo, nadie menciona el retirarse de las tareas con la posibilidad de que la imparcialidad pueda ser afectada, que se indica en IMIA (2007), CHIA (2002) y NCIHC (2005).

Pasamos a ver el resultado de la pregunta No.16, el 71.4% de los usuarios piensan que los

intérpretes deberían mantenerse imparciales en todos los casos, y el 28.6% prefiere que los intérpretes se posicionen a favor de una o ambas partes para resolver conflictos (como se muestra en la Gráfico 30). Este resultado no tiene diferencia destacada con la proporción del 80% al 20% en el cuestionario para el personal médico. Por lo tanto, vemos que tanto los usuarios de los servicios sanitarios como los proveedores, la mayoría de ellos creen que los intérpretes deben seguir los requisitos del principio de imparcialidad en su trabajo y solo un menor parte piensa que es aceptable favorecer a una o ambas partes para resolver el conflicto en función de la situación.

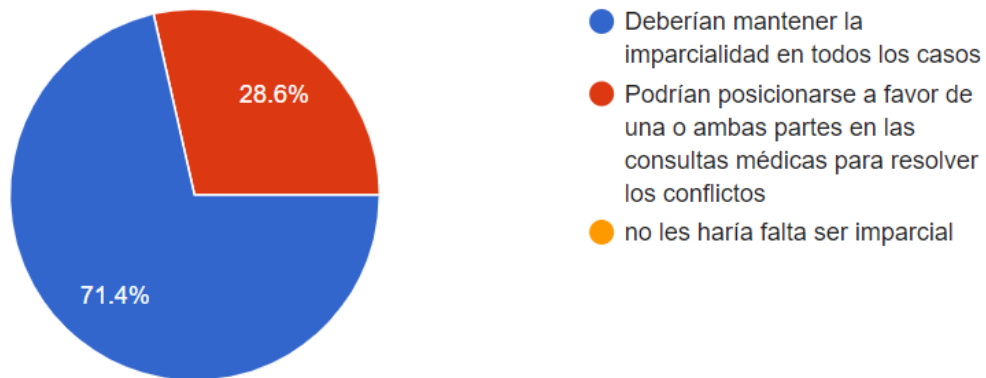


Gráfico 29. La actuación que deben tomar los intérpretes en opinión de los usuarios de servicios sanitarios

Con respecto a la evaluación de la importancia de principio de imparcialidad, según Gráfico 31, muchos usuarios de servicios sanitarios tienen la opinión de que es muy importante (57.1%) o importante (28.6%). Lo que nos llama la atención es que unos creen que es nada importante (7.1%) o poco importante (7.1%), y hay que destacar que, en las respuestas de los profesionales sanitarios, nadie cree que es nada importante o poco importante.

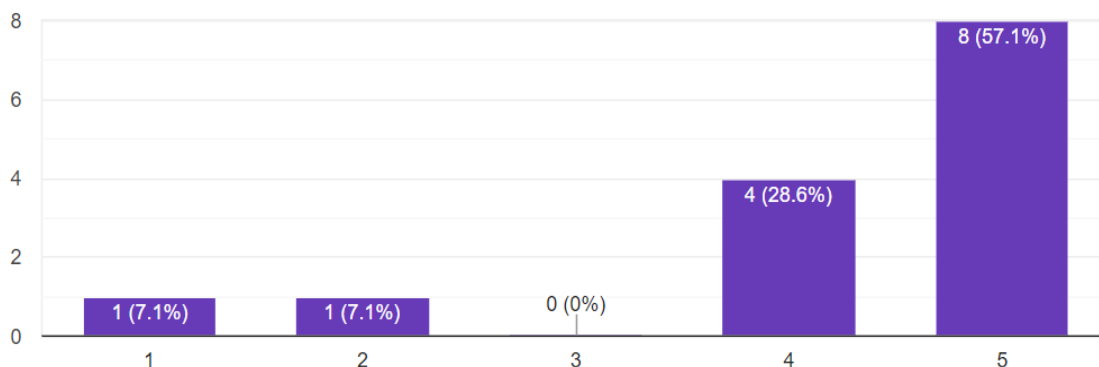


Gráfico 30. La importancia del principio de imparcialidad en opinión de usuarios de servicios sanitarios (Nada importante 1 - muy importante 5)

En la siguiente pregunta, los informantes ofrecen sus ideas sobre si el intérprete puede garantizar el mantenimiento de imparcialidad en el trabajo. Cuatro de ellos dan una respuesta afirmativa (28.6%), creyendo que los intérpretes profesionales deberían ser capaces de cumplir con los requisitos del principio ético. Un encuestado no está seguro de este tema. Los otros

nueve informantes sostienen una opinión opuesta cuyas razones son las siguientes:

- *Es difícil, porque no siempre se sabe a qué paciente se enfrenta*
- *No creo que nadie pueda hacer esto, porque seguimos siendo personas/ tampoco creo que sea necesario que esté imparcial al 100 por cien. Si es un buen profesional, respetuoso y siendo receptivo a la gente un porcentaje menor puede ser suficiente.*
- *Las emociones personales del intérprete afectan*
- *100% imparcialidad en la práctica es imposible, ya que muchas veces la inclinación a favor de una u otra persona es inconsciente. En gran medida depende de cómo actúan otras personas con cuales está interactuando el intérprete este momento. Diría que si acercamos al 90% ya estaría perfecto!*

Con base en las razones anteriores, se aprecia que los encuestados creen que los intérpretes no pueden garantizar la imparcialidad porque, por un lado, son nacidos con emociones y pueden estar parciales inconscientemente en circunstancias especiales; Por otro lado, si es un buen intérprete con la profesionalidad, no tiene por qué forzar una imparcialidad completa.

En la pregunta No.19, preguntamos a los que han asistido por un intérprete profesional proporcionado por el centro de salud u hospital, si alguna vez han tenido la sensación de que el intérprete estaba actuando de forma parcial. La mujer rumana, que es la única ha recibido este servicio, responde que sí. Es decir, ella tiene la sensación de que el intérprete carece de imparcialidad en el proceso de interpretación.

En la siguiente pregunta No.20, queríamos saber lo que ocurrió en dicho caso, y su respuesta es "(intérprete) tiraba el tiempo". Como no se ha agregado ninguna otra descripción, no podemos enterarnos de los detalles en el caso. Pues la razón de esta respuesta puede deberse al bajo nivel del intérprete, que no la satisfizo. También puede deberse a que la señora tiene un buen nivel de español y lleva mucho tiempo en España, por lo que siente que no era necesario y fue una pérdida de tiempo, lo cual coincide con su respuesta a la pregunta No.12 creyendo que los intérpretes no son muy útiles.

Al igual que los dos cuestionarios anteriores, la última sigue siendo una pregunta abierta. Mostramos algunas sugerencias o ideas de los usuarios relacionadas con la interpretación sanitaria:

Encuestado 1: *Cada hospital debe proporcionar un intérprete*

Encuestado 2: *Intérprete presencial, folleto, teletraducción, etc., todo facilita*

Encuestado 3: *muy importante ser profesional, con conocimiento y saber bien explicarlo al paciente.*

Encuestado 4: *Mejorar la gestión sanitaria pública.*

Encuestado 5: *sería bien si hubiera interpretes en lenguas diferentes para el beneficio de los enfermos.*

Encuestado 6: *Si es posible, la eficiencia en visitas de pacientes*

Encuestado 7: *Hacer un buen trabajo en interpretación médica requiere la acumulación y aprendizaje del ámbito médico para transmitir información con mayor precisión.*

Encuestado 8: *Creo que mientras un intérprete traduzca con precisión lo que las otras dos partes quieren expresar, no hay otros requisitos. La interpretación médica es muy profesional. Si el paciente no puede entender un vocabulario profesional del médico, el intérprete debe explicarlo bien en el lenguaje que el paciente puede entender. Al mismo tiempo espero que sea*

paciente y explique todo claramente para facilitar la comunicación.

Encuestado 9: A alguien que no conoce el sistema de su nuevo hogar puede ayudar que otro que ya lo conoce le “preparare”. Siendo del mismo país/ cultura podría decir el experimentado antes: Mira, en nuestro país funciona de una manera, pero aquí esto va de otra. Con esta información, la persona nueva ya se puede familiarizar que habla diferentes maneras de tratar una enfermedad o diferentes puntos de vista u opiniones, con esto puede que se evite uno u otro malentendido.

Encuestado 10: Hasta dónde he visto los intérpretes que existen en el ámbito médico, la mayoría son voluntarios. O sea, tampoco se puede exigir algo a personas que hacen trabajo voluntariamente y sin algún pago. En las zonas del sur de España, de Levante, Cataluña zonas costeras, hacen falta intérpretes sí, ya que residen muchos extranjeros que no hablan español y en la mayoría son jubilados y acuden frecuentemente al médico.

Encuestado 11: Con el desarrollo de la ciencia y tecnología, ha producido muchas nuevas especialidades y tecnologías médicas, también han surgido nuevas palabras y conocimientos sanitarios. quizás los médicos de otras especialidades no puedan entender los términos especiales. Por lo tanto, para mantener la precisión es necesario que el intérprete posea gran destreza de los conocimientos médicos de algunas especialidades

Encuestado 12: Muy importante ser profesional, con conocimiento y saber bien explicarlo al paciente.

Encuestado 13: Es muy importante el conocimiento cultural aplicado a la interpretación, a veces las costumbres o comportamientos son una gran barrera

Después de leer estas respuestas, descubrimos que algunos de estos comentarios son para instituciones sanitarias o autoridades españolas, y otros para intérpretes en ese ámbito. Estos usuarios de servicios médicos que vienen de otros países esperan que las autoridades españolas promuevan la gestión de los servicios médicos públicos mejorando la eficiencia de las visitas de los pacientes sin retrasar el tiempo. Además, unos exigen que todas las instituciones médicas se equipen con intérpretes para beneficiar a los pacientes extranjeros y garantizar la calidad de los servicios médicos. De acuerdo con lo que dice el Encuestado 10, en España actualmente existe muchos lugares donde viven extranjeros jubilados que tienen la necesidad de ver a un médico, sin embargo, la mayoría de las personas que brindan servicios de interpretación son voluntarios. Dado que no tienen remuneración por el trabajo, no es razonable exigir su profesionalidad y que cumplan los códigos éticos. Por lo tanto, si desea equipar a todos los centros sanitarios con intérpretes, se requieren una inversión y fondos, así como el apoyo institucional. Por añadidura, además de los intérpretes presenciales, los folletos multilingües y la interpretación telefónica también compensan la necesidad de intérpretes en cierta medida. Como señalamos en la parte teórica, muchos hospitales ya brindan servicios de interpretación telefónica, y algunos hospitales externalizan los servicios de idioma a empresas de traducción e interpretación. Pero según los resultados de nuestro cuestionario, pocos extranjeros han recibido tal servicio. Por último, el Encuestado 9 considera que, si los extranjeros pueden conocer de antemano algo del sistema médico en su nuevo lugar de residencia, pueden estar preparados cuando se encuentran con cosas o situaciones que son diferentes del país de origen, sin malentendidos. Como país donde viven muchos inmigrantes, las autoridades españolas pueden prepararse para las traducciones multilingües de los materiales sobre su sistema médico en la página web oficial o en los centros sanitarios para que los inmigrantes extranjeros las consulten.

En cuanto a las sugerencias para los intérpretes, en primer lugar, principalmente tratan de

acumular los términos, mejorar el nivel de interpretación y garantizar la precisión de la interpretación. Al mismo tiempo, aumentan sus reservas de conocimiento y tener la conciencia de aprendizaje permanente según la actualización de los términos. De esta manera, al encontrar un término específico en el trabajo, se puede hacer una explicación correcta a los usuarios. En segundo lugar, unos usuarios de servicios médicos también enfatizan la actitud adecuada de los intérpretes, considerando que una actitud seria con el trabajo y la paciencia con los pacientes, les ayuda a los intérpretes a ganar más respeto. Por último, el encuestado 13 alude que los intérpretes calificados deben tener conocimientos culturales porque las diferentes costumbres y hábitos culturales forman las barreras de comunicación, lo cual corresponde a lo que indicamos en el apartado teórico 2.1.4.1.: los intérpretes han de disponer de competencia cultural o intercultural, siendo capaces de hacer frente a varios conceptos relacionados con la salud y la enfermedad y conocer las diferentes formas de expresar los síntomas debido a las diferencias culturales.

4. Conclusión

En este último capítulo procedemos a presentar las conclusiones de la hipótesis inicial y los objetivos del presente estudio de conformidad con la reflexión y análisis de tanto de los estudios de marco teórico como de los resultados obtenidos mediante las tres encuestas dirigidas respectivamente a los intérpretes profesionales en el ámbito médico, a los profesionales sanitarios y a los usuarios de servicios sanitarios de diferente origen cultural.

Ante que nada, tenemos que indicar que, como hemos indicado varias veces en el estudio, las asociaciones de traducción y/o interpretación que crean un código ético o de conductas (como AUSIT, 2002; IMIA, 2007; CHIA, 2002; NCIHC, 2004), no pretenden, tampoco pueden englobar todos los casos, sino que ofrecen un documento que sirve como referencia para que los profesionales tengan en cuenta sus deberes y obligaciones, guiándoles a desarrollar juicios sobre las decisiones tomadas frente a las situaciones particulares. Y las respuestas del cuestionario para los intérpretes sanitarios confirman una parte de nuestra hipótesis, es que no todos los profesionales de la interpretación médica, incluso los que cuentan con una formación específica en esta profesión, pueden aplicar en cada momento al pie de la letra las normas del principio de imparcialidad recogidas en los códigos de conducta dadas las circunstancias complejas y que en sus prácticas reales suelen suceder problemas que impiden su voluntad de seguir el principio ético. Como apunta Baixauli en su trabajo (2014:198): “los documentos deontológicos son directrices cerradas y de obligada aplicación y que están alejados de la realidad que viven los intérpretes en su día a día.” La existencia de un código deontológico no puede garantizar que los intérpretes sean capaces de cumplir con sus altos estándares ni que todos ellos estén dispuestos a adherirse al código, incluso cuando sean capaces de hacerlo. Los intérpretes, que se encargan de velar por el bienestar de los pacientes, enfrentando muchos dilemas éticos y dificultades en su trabajo cotidiano, generalmente no tienen otro remedio que cruzar la línea difusa de imparcialidad.

En cuanto al primer objetivo de nuestro estudio, el conocer el grado de implantación de los servicios públicos de intérpretes sanitarios, según los resultados de las encuestas dirigidas respectivamente a los proveedores y usuarios extranjeros de los servicios sanitarios, descubrimos que todavía existe una gran escasez de intérpretes en los centros sanitarios (igual que señalamos en el apartado 2.1.4.3. en el marco teórico), lo que provoca que los trabajadores sanitarios y los usuarios de origen extranjero que no hablan bien español tengan que comunicarse utilizando palabras sencillas en español o en recurrir a una tercera lengua, o lenguaje no verbal como los gestos, miradas, o un intérprete *ad hoc* (familiar, amigo o vecino que saben español) o voluntarios sin formación específica, etc. Ya hemos apuntado

anteriormente en la parte teórica (el apartado 2.1.3.1.), que tales soluciones pueden traer efectos negativos (como, por ejemplo, la transmisión de mensajes falta de precisión) y tiene como consecuencia que la calidad del servicio sanitario que reciben los pacientes no es de garantías. Ese fenómeno revela la falta de implantación y conocimiento de los servicios públicos de intérpretes sanitarios, como se desprende de las encuestas, solo una encuestada ha recibido el servicio del intérprete profesional y ninguno de los profesionales sanitarios encuestados ha trabajado con los intérpretes. En actualidad, en algunas comunidades autónomas se ofrece el servicio de teletraducción (interpretación telefónica) y unos centros sanitarios contratan externamente el servicio de interpretación a las empresas privadas, pero se encuentra muy lejos de compensar por completo la escasez de los intérpretes profesionales. Fundamentalmente se necesitan fondos e inversiones con el fin de crear más espacio a los intérpretes especializados en la plantilla.

Con respecto al grado de conocimiento de los intérpretes de los principios de actuación recogidos en códigos deontológicos en general y del principio de imparcialidad en particular, nos damos cuenta de que muchos intérpretes conocen los principios de la confidencialidad, la precisión y la imparcialidad, pero solo pocos tienen conocimientos sobre el desarrollo profesional, solidaridad profesional, entre otros que también forman parte de los códigos deontológicos. De aquí, vemos que no todos los intérpretes de servicios sanitarios están familiarizados con el código ético. Y después de leer las contestaciones de la pregunta sobre qué entienden por la imparcialidad, apreciamos que si bien los intérpretes encuestados disponen de una comprensión clara y certera sobre este principio, tales como no posicionarse a favor ni en contra de ninguna parte en la interacción, abstenerse de introducir opiniones personales, creencias o prejuicios en el encuentro, respetar la autonomía de cada parte implicada y su derecho a hablar por sí mismos en un entorno interactivo, etc., no son completas en comparación con los aspectos señalados en los códigos de conducta de IMIA, CHIA y NCIHC, las tres asociaciones destacadas en el área de interpretación sanitaria en los Estados Unidos.

Estos resultados se deben a que en la actualidad todavía no existe en España ninguna asociación especializada en el área mencionada, ni mucho menos un código ético bien reconocido a nivel nacional que oriente el trabajo de los intérpretes en el sector sanitario, así pues, no es razonable exigir que los trabajadores en esta área tengan un mayor grado de conocimientos sobre los principios éticos y cumplan las normas que aún no cuentan con un estándar unificado. Además, quienes desarrollan su labor como intérpretes en los servicios sanitarios no siempre cuentan con una formación específica en interpretación en los servicios públicos en general ni en los servicios sanitarios en particular. En este sentido, se aprecia también que en España falta la profesionalización de la interpretación sanitaria puesto que crear un código de conducta reconocido y unificado constituye uno de los pilares fundamentales de evaluar una industria madura y desarrollada, y que una formación previa es necesaria para cualquier profesión, ni mucho menos cuando se refiere a la interpretación sanitaria, una profesión que requiere mucha profesionalidad. A pesar de todo eso, a mayor parte de los intérpretes tienen consciencia tanto de la necesidad de los códigos deontológicos como de las influencias ejercidas de los principios recogidos de los mismos. Partiendo de sus respuestas, el código ético les ayuda a abordar de una manera crítica su profesionalidad, les recuerda cómo trabajar bien en todo tiempo, y les contribuye a encontrar un equilibrio y estabilidad entre las dos partes implicadas en la comunicación interlingüística. Por consiguiente, podemos entender también que el código ético tiene un efecto positivo en el comportamiento de los intérpretes.

Entre los principios éticos, la imparcialidad es uno de los más complejos que persiguen los intérpretes (Sales, 2014; Jiménez León, 2015), pues los intérpretes sí que encontraron ciertos dilemas éticos y dificultades de mantenerse imparciales en su ejercicio laboral, como lo muestran los resultados de nuestro trabajo. Esta dificultad de mantener la imparcialidad se dio

especialmente ante las siguientes situaciones: el mal trato y la impaciencia por parte de los proveedores de servicios sanitarios con los usuarios; mentiras por parte de los usuarios; el comportamiento ofensivo o actitud agresiva de los pacientes; la incomprensión o los malentendidos entre los proveedores y usuarios de servicios sanitarios provocados por la diferencia cultural, así como la empatía y humanidad con los pacientes desfavorecidos. Por añadidura, en la última pregunta abierta algunos de los intérpretes encuestados comparten unos casos reales, en los que cuando se enfrentan con problemas que no tienen que ver con los lingüísticos, los profesionales suelen adoptar la decisión de favorecer la parte vulnerable en las situaciones conflictivas, aunque se dan cuenta de que no cumplen con el principio de imparcialidad, y su intervención en el encuentro puede ser considerada imparcial a los ojos de los profesionales de centros de salud u hospitales, pero la realidad es que, si no tomaran ninguna medida, la situación podría volverse más compleja y afectaría el tratamiento médico de los usuarios de servicios sanitarios. Y ese dilema moral es un gran obstáculo que les impide mantener la imparcialidad de los códigos éticos.

En realidad, unos códigos (CHIA, 2002: 28 y NCIHC, 2005: 20) sí que consideran que en algunos casos no tienen que mantenerse imparciales (Sales, 2014; Sánchez Pérez, 2015), defendiendo la conveniencia de que los intérpretes sanitarios intervengan en el encuentro para preguntar al interlocutor que dirige comentarios pocos respetuosos si realmente quiere que los interprete, aunque en principio el intérprete ha de interpretar todo lo que digan ambas partes. No obstante, todavía no es suficiente para hacer frente a todas las situaciones dilemáticas. Teniendo en cuenta los resultados del estudio de campo parece conveniente afirmar que es imprescindible tomar como referencia un código deontológico, pero en las prácticas reales los intérpretes suelen tomar sus decisiones orientándose por sus juicios profesionales y ajustándose a cada interacción.

A raíz de los resultados de las encuestas dirigidas respectivamente a los proveedores y usuarios extranjeros de los servicios sanitarios, apreciamos que la mayoría absoluta de los proveedores y usuarios piensan que es necesario e importante introducir un servicio público de intérpretes en los centros de salud y hospitales. Y de acuerdo con la evaluación de reconocimiento de la interpretación sanitaria, observamos que más de la mitad de los intérpretes encuestados creen que su profesión ha sido reconocida. Sin embargo, no podemos pasar por alto que, la informante rumana, que es la única ha recibido el servicio de intérpretes sanitarios en nuestra encuesta, considera que el servicio ha sido poco útil y una pérdida de tiempo. No nos enteramos de los detalles en el caso porque ella no ha agregado ninguna otra descripción. La razón de esta respuesta puede deberse al bajo nivel del intérprete, o a que ella misma tiene un buen nivel de español y reside en España durante muchos años. Por eso, se puede estimar que ese nuevo perfil de profesión se viene revalorizando, pero aún falta mucho trabajo para ser reconocido plenamente.

En lo que concierne a las opiniones de proveedores y usuarios de servicios sanitarios sobre la importancia de la imparcialidad, llegamos a conocer que, en comparación con los usuarios, todos los proveedores tienen la consideración de que la imparcialidad es importante e incluso muy importante, en cambio, algunos de los usuarios consultados piensan que tal principio no es nada importante o poco importante. A su vez, más proveedores que usuarios de servicios sanitarios creen que los intérpretes deberían mantener la imparcialidad en todos los casos en vez de poder posicionarse a favor de una o ambas partes en las consultas médicas para resolverlos conflictos. Desde aquí, entendemos que los usuarios, una parte que está en situación más vulnerable por el desconocimiento de idioma español y del sistema sanitario local, generalmente dependen más de los intérpretes, así que prefieren que les ayuden cuando sea necesario. Mientras que los proveedores, que también son profesionales en su propio campo de sanidad y salud, consideran que los intérpretes deben persistir en el mantenimiento de este

principio ético mostrando su profesionalidad.

En resumen, de momento la implantación de los servicios públicos de intérpretes sanitarios todavía queda de manifiesto muchas lagunas en España, requiriendo conocimiento y reconocimiento desde la sociedad y suficientes fondos e inversiones desde las autoridades e instituciones. Por añadidura, una asociación a nivel nacional, un código deontológico unificado, así como una formación específica previa también son factores positivos para promover su profesionalización. En lo que se refiere al foco central del presente estudio, el principio de imparcialidad, uno de los principios éticos más complejos de ser perseguido, la motivación de investigar y analizar este tema consiste en indagar el grado de mantenimiento de imparcialidad de los intérpretes y cómo efectúan frente a los conflictos. En el estudio de campo, se da cuenta de que los proveedores y los usuarios de servicios sanitarios también otorgan mucha importancia a ese principio, pero no todos pueden tomar en consideración los dilemas que los intérpretes afrontan pensando que los profesionales deberían y podrían mantener la imparcialidad en todos los casos. Los resultados de nuestro estudio muestran inconsistencia entre los altos estándares del principio de imparcialidad y las situaciones dilemáticas en las prácticas reales, agravada por la falta de formación necesaria previa al servicio y de apoyo institucional. No obstante, efectivamente debido a tales dilemas éticos que no están presentados en los documentos de códigos de conductas, los intérpretes se ven obligados a aplicar y desarrollar su juicio profesional en sus prácticas, lo cual aspira a la autonomía moral de los mismísimos profesionales, hasta para elegir obviar los estándares del código de conducta por un bien superior. Esperamos que el presente estudio atraiga más atención sobre la cuestión de imparcialidad y más comprensión de la realidad y el dilema de los intérpretes en el ámbito sanitario.

5. Bibliografía

康志峰. (2012). 口译的分类、方法和技巧. *英语知识*(8), 2-3

刘建军. (2014). *全球视域下的社区口译研究*. 中国社会科学出版社.

林天羽. (2013). 社区口译在中国的专业地位、培训与职业道德建设. *海外英语*(15), 132-134.

苏伟. (2009). 社区口译在中国. *上海翻译*(4), 42-45.

Abril Martín, M. I. (2006) *La interpretación en los servicios públicos: Caracterización como género, contextualización y modelos de formación. Hacia unas bases para el diseño curricular*. Tesis Doctoral. Universidad de Granada, Granada. Disponible en: <https://hera.ugr.es/tesisugr/16235320.pdf> [Fecha de consulta: 11 de mayo de 2020]

AUSIT (Australian Institute of Interpreters and Translators) (2012) *Code of Ethics and Code of Conduct*. Disponible en: https://ausit.org/wp-content/uploads/2020/02/Code_Of_Ethics_Full.pdf [Fecha de consulta: 20 de mayo de 2020].

Baixauli Olmos, L. (2014) Redescubriendo los códigos de conducta para la ISP médica: cultura, dilemas y papel profesional. *Panacea@*, 15(40), 198-217. Disponible en: http://www.medtrad.org/panacea/IndiceGeneral/n40_tribuna_Baixauli-Olmos.pdf [Fecha de consulta: 20 de julio de 2020].

Bischoff, A.y Loutan, L. (2009) *En otras palabras. Guía para la consulta médica intercultural. Comunicación a través de un intérprete en los servicios de salud*. Traducido por Sofía García Beyaert. Universal Doctor Project. Disponible en: <https://www.seaus.net/images/stories/documentos-interes/En otras palabras.pdf> [Fecha de consulta: 20 de abril de 2020]

CHIA (California Healthcare Interpreters Association) (2002) *California Standards for Healthcare Interpreters*. Disponible en: http://c.ymcdn.com/sites/www.chiaonline.org/resource/resmgr/docs/standards_chia.pdf. [Fecha de consulta: 10 de mayo de 2020]

Consejería de Políticas Sociales y Familia. Dirección General de Servicios Sociales e Integración Social (2019) *Informe de Población Extranjera Empadronada en la comunidad de Madrid*. Disponible en: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM014116.pdf> [Fecha de consulta: 5 de mayo de 2020]

Corpa Patiño, I. (2015) *El servicio de traducción e interpretación de la Comunidad de Madrid en el contexto educativo: medios de sensibilización y difusión*. Trabajo Fin de Máster. Universidad de Alcalá, Madrid. Disponible en: https://ebuah.uah.es/dspace/bitstream/handle/10017/23752/TFM_Irene%20Corpa%20%28p%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y [Fecha de consulta: 23 de julio de 2020]

Corsellis, A. (2010) *Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos. Primeros Pasos*. Traducido del inglés por Carmen Valero Garcés y Rosa Cobas Álvarez. Granada: Comares.

Franco López M. (2017) La interpretación hospitalaria: realidad, características, aspectos formativos. *Panacea@: Boletín de Medicina y Traducción*, 18(46), 142-148. Disponible en: https://www.tremedica.org/wp-content/uploads/n46_tribuna-MFranco.pdf. [Fecha de consulta:

6 de junio de 2020]

García Luque, F. (2009) La interpretación telefónica en el ámbito sanitario: realidad social y reto pedagógico. *Redit: Revista electrónica de didáctica de la traducción y la interpretación*, (3), 18-30. doi: [10.24310/REDIT.2009.v0i3.1920](https://doi.org/10.24310/REDIT.2009.v0i3.1920)

Giménez Romero, C. (1997) La naturaleza de la mediación intercultural. *Migraciones. Publicación Del Instituto Universitario De Estudios Sobre Migraciones*, (2), 125-159. Disponible en: <https://revistas.comillas.edu/index.php/revistamigraciones/article/view/4888/4712> [Fecha de consulta: 6 de junio de 2020]

Goytisolo, J. y Nair S. (2000) *El peaje de la vida. Integración o rechazo de la emigración en España*. Madrid: El País-Aguilar.

Hernández Sampieri R., Fernández Collado C. y Baptista Lucio P. (2006) *Metodología de la investigación*, 4ª Edición, México D.F.: McGraw-Hill. Disponible en <https://www.scribd.com/doc/38757804/Metodologia-de-La-Investigacion-Hernandez-Fernandez-Batista-4ta-Edicion> [Fecha de consulta: 10 de junio de 2020]

Hurtado Albir, A. (2001) *Traducción y traductología: introducción a la traductología*. Madrid: Cátedra

IMIA (International Medical Interpreters Association) (2007) *Medical Interpreting Standards of Practice*. Disponible en: <http://www.imiaweb.org/uploads/pages/102.pdf>. [Fecha de consulta: 10 de mayo de 2020]

Jiménez León, E. (2015) *La importancia y dificultad de respetar los protocolos y principios éticos en interpretación sanitaria*. Trabajo Fin de Máster. Universidad de Alcalá, Madrid. Disponible en: <https://ebuah.uah.es/dspace/handle/10017/23782> [Fecha de consulta: 25 de marzo de 2020]

Jiménez Ivars, A. y Hurtado Albir, A. (2003) Variedades de traducción a la vista. Definición y clasificación. *Trans. Revista de Traductología*, (7), 47-57. Disponible en: <https://revistas.uma.es/index.php/trans/article/view/2946/2739> [Fecha de consulta: 16 de mayo de 2020]

Libro Blanco de la traducción y la interpretación institucional (2011) Madrid, Ministerio de Asuntos Exteriores. Disponible en: https://ec.europa.eu/spain/pdf/libro_blanco_traducccion_es.pdf [Fecha de consulta: 5 de mayo de 2020]

López Roldán, P. y Fachelli, S. (2016) La encuesta. En P. López-Roldán y S. Fachelli (eds.), *Metodología de la Investigación Social Cuantitativa*. Bellaterra (Cerdanyola del Vallès): Dipòsit Digital de Documents, Universitat Autònoma de Barcelona, Capítol II.3. Disponible en: <http://ddd.uab.cat/record/163567> [Fecha de consulta: 3 de junio de 2020].

Mikkelson, H. (2014) Evolution of Public Service Interpreter Training in the U.S. *FITISPos-International Journal: Public Service Interpreting and Translation*, 1, 9-22. Disponible en: https://ebuah.uah.es/dspace/bitstream/handle/10017/29398/evolution_mikkelson_FITISPos_2014_n.%201.pdf?sequence=1&isAllowed=y [Fecha de consulta: 3 de marzo de 2020].

Navaza, B, Estévez, L y Serrano, J (2009) Saque la lengua por favor. Panorama actual de la

interpretación sanitaria en España. *Panacea@: Boletín de Medicina y Traducción*, 10(30), 141-156. Disponible en http://www.tremedica.org/panacea/PanaceaPDFs/panacea30_diciembre2009.pdf [Fecha de consulta: 3 de abril de 2020].

NCIHC (National Council on Interpreting in Health Care) (2005) *National Standards of Practice for Interpreters in Health Care*. Disponible en: <http://www.ncihc.org/assets/documents/publications/NCIHC%20National%20Standards%20of%20Practice.pdf>. [Fecha de consulta: 10 de mayo de 2020]

Ortega Pinto, H. D. (1995) *Guía para el Análisis y Mediación en la resolución de conflictos. Cómo ayudar a transformar conflictos en relaciones de cooperación*. Guatemala: IRIPAZ, publicaciones.

Pozo Triviño, M. I. (2009) Una propuesta formativa en interpretación en los servicios públicos en el marco del EEES. *Redit: Revista electrónica de didáctica de la traducción y la interpretación*, (3), 31-51. doi: 10.24310/REDIT.2009.v0i3.1921

Pozo Triviño M. I. y Campillo Rey L. (2016) La interpretación telefónica y su práctica profesional. Estudio de caso sobre dos empresas proveedoras del servicio en España. *SENDEBAR. Revista de Traducción e Interpretación*, (27), 73-95. Disponible en <https://revistaseug.ugr.es/index.php/sendebare/article/view/3921/5054>

Raga Gimeno, F. (2013) Comunicación interlingüística e intercultural en la atención en salud reproductiva con mujeres de origen marroquí. *Revista de Comunicación y Salud*. 3(1), 5-17. Disponible en: <http://www.revistadecomunicacionysalud.es/index.php/rcys/article/view/113/62> [Fecha de consulta: 3 de junio de 2020].

Requena Cadena, R. (2010) *La relevancia del origen cultural del mediador/intérprete en los servicios públicos españoles: el caso de la comunidad china*. Trabajo Fin de Máster. Universidad de Alcalá, Madrid. Disponible en: <http://www.saludycultura.uji.es/archivos/ATT00005.pdf> [Fecha de consulta: 5 de mayo de 2020].

Ruiz Mezcuca, A. (2013) La interpretación en los centros sanitarios: “A veces médico, a veces paciente... pero siempre intérprete. *Skopos: Revista internacional de traducción e interpretación*, 3, 185-199. Disponible en: https://helvia.uco.es/xmlui/bitstream/handle/10396/16137/skopos_03_13.pdf?sequence=1&isAllowed=y [Fecha de consulta: 3 de junio de 2020].

Sales Salvador, D. (2005) Panorama de la mediación intercultural y la traducción/interpretación en los servicios públicos en España. *Translation Journal*, 9(1). Disponible en: <https://aulaintercultural.org/2013/04/01/panorama-de-la-mediacion-intercultural-y-la-traduccioninterpretacion-en-los-servicios-publicos-en-espana/> [Fecha de consulta: 5 de julio de 2020]

Sales Salvador, D. (2014) La delgada línea roja de la imparcialidad. En Grupo CRIT (eds.) *La práctica de la mediación interlingüística e intercultural en el ámbito sanitario*, (55-90). Granada: Comares.

Sánchez-Pedreño Sánchez, A. (2013) *La comunicación interlingüística y la interpretación en el hospital clínico universitario Virgen de la Arrixaca. Investigación para la acción*. Trabajo

Fin de Máster. Universidad de Alcalá, Madrid. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4995289> [Fecha de consulta: 1 de abril de 2020]

Sánchez Pérez, M.I. (2015) *Mediación interlingüística e intercultural en el ámbito de la salud sexual y reproductiva: estudio de casos con usuarias de origen chino*. Tesis Doctoral. Universitat Jaume I, Castellón de la Plana. Disponible en: www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/396361/2015_Tesis_Sanchez%20Perez_Marta.pdf?sequence=1&isAllowed=y [Fecha de consulta: 10 de julio de 2020]

Sánchez Pérez, M.I. (2016) Estudio de casos sobre el grado de intervención de la MILICS en el ámbito de la salud sexual y reproductiva: usuarias de origen chino. *FITISPos-International Journal: Public Service Interpreting and Translation*, 3, 184 - 194. Disponible en: <https://1library.co/document/wq2lrkez-estudio-intervencion-milics-ambito-sexual-reproductiva-usuarias-origen.html> [Fecha de consulta: 11 de junio de 2020]

Sánchez Pérez, M.I. (2019) Public service interpreting and cultural mediation in the region of Valencia: strengths, weaknesses and recommendations for improvement in the healthcare setting. *FITISPos International Journal: Public Service Interpreting and Translation*. (6), 156 -167. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10017/40451> [Fecha de consulta: 10 de julio de 2020]

Torres Díaz, M. G. (2004) Interpretación comunitaria médica e investigación. En E. Ortega Arjonilla (ed.), *Panorama actual de la investigación en traducción e interpretación*, 1 (447-453). Granada: Atrio.

Valero Garcés, C. (2003c) Una visión general de la evolución de la traducción e interpretación en los servicios públicos. En C. Valero Garcés, (ed.), *Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos. Contextualización, actualidad y futuro*, (3-33) Granada: Comares.

Wang X. (2016) Diseño de nuevos materiales para la formación de intérpretes en el ámbito sanitario (especialidad español-chino). *FITISPos International Journal: Public Service Interpreting and Translation*, 3, 195-202. Disponible en: <https://1library.co/document/dzxwr34q-diseno-materiales-formacion-interpretes-ambito-sanitario-especialidad-espanol.html>. [Fecha de consulta: 24 de mayo de 2020]

7. Anexos

1. Encuesta sobre la imparcialidad desde el punto de vista de los intérpretes sanitarios

1. Género *

Mujer

1. Edad *

45

2. País de origen *

Rumania

3. Lengua materna *

Rumano

4. Lenguas de trabajo (interpretación sanitaria) *

Español-rumano

5. Formación académica *

Licenciada en Filosofía

6. ¿Tiene formación específica en interpretación? ¿y en mediación? En caso afirmativo indique de qué tipo y duración *

Intérprete y traductora jurada.

7. ¿Cuánto tiempo lleva dedicándose a la interpretación sanitaria? *

Más de 10 años

8. ¿De qué nacionalidad son las personas para las que interpreta? *

Rumana

9. ¿Con quiénes ha trabajado durante la interpretación? *

médico de cabecera, médico especialista, enfermero, personal administrativo, trabajador social

10. ¿Está familiarizado con los códigos deontológicos de la interpretación sanitaria? En caso afirmativo, ¿podría indicar con cuál /cuáles? *

Confidencialidad

12. ¿Cuáles cree que son los principios de actuación recogidos en los códigos éticos/deontológicos de los intérpretes sanitarios? *

Confidencialidad, imparcialidad, precisión

13. ¿Cuáles son los principios más importantes en su opinión? *

confidencialidad, imparcialidad, precisión, resolución de conflictos, Solidaridad profesional

14. ¿Cree que tales principios ejercen influencias en sus prácticas reales? ¿Por qué? *

Confieren equilibrio y estabilidad.

15. ¿Qué entiende usted por “principio de imparcialidad”? *

Rectitud, equidad.

16. ¿Qué importancia otorga al principio de imparcialidad? Nada importante 1 - muy importante 5 *
- 5
17. ¿Cree que ha mantenido 100% la imparcialidad en su trabajo en el contexto sanitario? *
- Sí*
18. ¿Qué tipo de problemas que afectan a la imparcialidad suelen suceder en las consultas médicas? *
- El paciente insiste demasiado en ciertos temas.*
19. ¿Han considerado en alguna ocasión los proveedores o los usuarios del servicio sanitario (el personal sanitario y los pacientes o sus familiares) que actuaba de modo parcial? (Falta de imparcialidad) *
- No*
20. ¿En qué medida considera que los profesionales sanitarios y los usuarios de estos servicios reconocen su profesión? Nada reconocen 1 - Reconocen perfectamente 5 *
- 5
21. ¿Le importaría compartir algún caso real que haya vivido relacionado con el tema de la imparcialidad? Qué ocurrió, cómo reaccionó y cómo resultó. (Es muy importante para nuestro estudio, MUCHAS GRACIAS por su colaboración) *
- El paciente pensaba que por ser rumano se le mantenía aislado en una habitación. Se le explicó que las medidas se habían tomado debido a su enfermedad y que se actuaba de la misma forma con todas las personas que se encontraban en aquella situación.*

2.Encuesta sobre la imparcialidad de intérpretes sanitarios desde el punto vista de los profesionales sanitarios

1. Género *
- Mujer*
2. Edad *
- 63*
3. País de origen *
- España*
4. Lengua materna *
- Catalá del Delta*
5. Otros idiomas que conoce/habla y niveles correspondientes *
- Un poco de francés*
6. Su profesión *
- enfermero*
7. ¿Ha atendido a pacientes de origen extranjero? *
- Sí*
8. Si en la pregunta anterior ha respondido “sí”, ¿de qué nacionalidad suelen ser las personas a las que atiende?

marroquíes

9. ¿Ha trabajado alguna vez con un intérprete profesional? *

No

10. Si en la pregunta No.9 ha respondido "sí", ¿cómo evalúa el trabajo de los intérpretes sanitarios? Nada útil 1 - Muy útil 5

(No responde)

11. Si en la pregunta No.9 ha respondido "no", ¿cómo ha logrado comunicarse con los usuarios extranjeros?

Un poco de francés i por señas

12. ¿Cree que es importante que exista un servicio público de intérpretes en los centros de salud y hospitales? *

Sí

13. ¿Cuáles cree que son los principios del código ético/deontológico más importantes que deben guiar la conducta profesional de los intérpretes sanitarios? *

confidencialidad, imparcialidad, resolución de conflictos, Solidaridad profesional

14. ¿Qué entiende usted por "principio de imparcialidad"? *

Tratar a todas las personas de la misma manera, sean de la etnia que sean

15. Cree que los intérpretes profesionales: *

Deberían mantener la imparcialidad en todos los casos

16. ¿Qué importancia otorga al principio de imparcialidad? Nada importante 1 - muy importante 5 *

5

17. ¿Cree un intérprete profesional puede mantener 100% la imparcialidad en su trabajo en el contexto sanitario? ¿Por qué? *

Quiero creer que si, los profesionales debemos por encima de todo ser imparciales y dar confianza a la persona que estamos tratando

18. Si ha trabajado con un intérprete sanitario, ¿alguna vez ha tenido la sensación de que él estaba actuando de forma PARCIAL? (Falta de la imparcialidad)

(No responde)

19. Si en la pregunta anterior ha respondido "sí" o "tal vez", ¿qué ocurrió en dicho caso?

(No responde)

20. Otras sugerencias o ideas sobre la interpretación en el ámbito médico. (Es muy importante su opinión, MUCHAS GRACIAS por su colaboración)

Un intérprete debe aportar comunicación con enfermos i sanitarios, y a estos últimos hacer partícipes de todo lo que preocupa al enfermo

3.Encuesta sobre la imparcialidad de intérpretes sanitarios desde el punto vista de los usuarios de los servicios sanitarios

1. Género *

Mujer

2. Edad *
38
3. País de origen *
Rusia
4. Lengua materna *
Ruso
5. Otros idiomas que conoce/habla y niveles correspondientes *
español e inglés, trilingüe
6. Nivel de español *
avanzado
7. Nivel de educación (lo más alto) *
grado
8. ¿Cuánto tiempo lleva viviendo en España? *
10 años
9. ¿Ha ido al centro de salud u hospital en España? ¿Cuál es/ Cuáles son? *
Hospital Costa del Sol, Centro de Salud La Cala de Mijas, Centro de Salud Guindalera
10. Si la respuesta anterior es "sí", ¿cómo se ha comunicado con el personal sanitario?
Hablo bien español y he podido comunicarme con ellos
11. ¿Ha sido alguna vez asistido por un intérprete profesional proporcionado por el centro de salud u hospital? *
No
12. Si en la pregunta anterior ha respondido "sí", ¿cómo evalúa el trabajo de los intérpretes sanitarios? Nada útil 1 - Muy útil 5
(No responde)
13. ¿Cree que es importante que exista un servicio público de intérpretes en los centros de salud y hospitales? *
Sí
14. ¿Cuáles cree que son los principios del código ético/deontológico más importantes que deben guiar la conducta profesional de los intérpretes sanitarios? *
Confidencialidad, imparcialidad, precisión, desarrollo profesional, Solidaridad profesional
15. ¿Qué entiende usted por "principio de imparcialidad"? *
Una persona no puede inclinarse en favor de una u otra persona por motivos personales mientras que ejerce labor profesional.
16. Cree que los intérpretes profesionales: *
Deberían mantener la imparcialidad en todos los casos
17. ¿Qué importancia otorga al principio de imparcialidad? Nada importante 1 - muy importante 5 *
5

18. ¿Cree un intérprete profesional puede mantener 100% la imparcialidad en su trabajo en el contexto sanitario? ¿Por qué? *

100% imparcialidad en la práctica es imposible, ya que muchas veces la inclinación a favor de una u otra persona es inconsciente. En gran medida depende de cómo actúan otras personas con cuales está interactuando el intérprete este momento. Diría que si acercamos al 90% ya estaría perfecto!

19. Si ha asistido por un intérprete profesional proporcionado por el centro de salud u hospital, ¿alguna vez ha tenido la sensación de que él estaba actuando de forma PARCIAL? (Falta de la imparcialidad)

(No responde)

20. Si en la pregunta anterior ha respondido "sí" o "tal vez", ¿qué ocurrió en dicho caso?

(No responde)

21. Otras sugerencias o ideas sobre la interpretación en el ámbito médico. (Es muy importante su opinión, MUCHAS GRACIAS por su colaboración) *

Hasta dónde he visto los intérpretes que existen en el ámbito médico, la mayoría son voluntarios. O sea tampoco se puede exigir algo a personas que hacen trabajo voluntariamente y sin algún pago. En las zonas del sur de España, de Levante, Cataluña zonas costeras, hacen falta interpretes sí, ya que residen muchos extranjeros que no hablan español y en la mayoría son jubilados y acuden frecuentemente al médico.